Marisa Croccia

**A representação do “trabalho” na vida do
agente comunitário de saúde**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Mestre em
Ciências

Área de concentração: Medicina Preventiva
Orientador: Profa. Dra. Amélia Cohn

São Paulo
2009

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Croccia, Marisa

A representação do “ trabalho” na vida do agente comunitário de saúde / Marisa Croccia. -- São Paulo, 2009.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Departamento de Medicina Preventiva.

Área de concentração: Medicina Preventiva.

Orientadora: Amélia Cohn.

Descritores: 1.Programa de saúde da família 2.Atenção primária à saúde 3.Pessoal de saúde 4.Satisfação no emprego 5.Agente comunitário de saúde

USP/FM/SBD043-/09

FOLHA DE APROVAÇÃO

Marisa Croccia

A representação do “trabalho” na vida do agente comunitário de saúde

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Medicina Preventiva

Aprovado em:

Banca examinadora

Professor Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Professor Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Professor Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

Dedico este trabalho

Para meus pais, Francesco e Dirce, pelo amor, pela formação e incentivo na busca de meus objetivos.

Para meu irmão Márcio, minha cunhada Ana Paula, minhas sobrinhas Giovanna e Natália e para minha tia Maria por toda paciência e compreensão nos momentos de que mais necessitei e quando estive ausente para me dedicar ao estudo.

Agradecimentos

Aos ACSs que entrevistei, por sua disponibilidade e riqueza de informações.

À Profa. Dra. Amélia Cohn, orientadora desta dissertação pela sua confiança, abertura e liberdade que me proporcionou.

À Secretaria Municipal de Saúde

Ao Subdistrito de Saúde Leste

À Casa de Saúde Santa Marcelina

Ao Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que me proporcionou um espaço de crescimento intelectual e acadêmico.

Aos professores que compuseram a banca para o exame de qualificação, Profa. Dra. Eunice Nakamura, Profa. Dra. Marcia Westphal, e Profa. Dra. Maria Novaes, por proporcionarem mais que um momento de avaliação, um tempo de reflexão e de novas descobertas e desdobramentos para este trabalho.

Aos professores das disciplinas que cursei, cada um em sua especificidade, pelas reflexões que proporcionaram.

Aos meus amigos, familiares e colegas que me ajudaram nesta trajetória.

Aos meus pais Francesco e Dirce, ao meu irmão Márcio, à minha cunhada Ana Paula, às minhas sobrinhas queridas Giovanna e Natália e à minha tia Maria.

A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização desta dissertação.

Agradecimentos Especiais para Yasmin Lilla Veronica Bujdoso pela sua colaboração em toda essa trajetória acadêmica, bem como para seu marido Neil e seu filho Patrick, quando abriram mão dos momentos com a esposa e mãe para que esta pudesse colaborar com esta dissertação.

Sumário

Folha de Aprovação

Dedicatória

Agradecimentos

Sumário

Lista de Quadros

Lista de Siglas

Resumo

Summary

1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Justificativa	3
1.2 Objetivos da pesquisa.....	6
1.2.1 Objetivo geral	6
1.2.2 Objetivos específicos.....	6
1.3 A realidade a ser pesquisada e a abordagem metodológica	7
1.3.1 Tipo de estudo e coleta de dados	7
1.3.2 Aspectos éticos	12
1.3.3 Local de estudo	14
1.3.4 Análise dos dados	20
1.3.5 Limitações da pesquisa	21
2 Agente Comunitário de Saúde	22
2.1 Breve histórico do PACS e PSF	22
2.2 O ACS e sua inserção na equipe de PSF	26
2.3 A introdução da “função” e da “ocupação” do ACS	28
2.4 ACS: “profissão”, “trabalho” ou “ocupação”?	36
2.5 O PSF no município de São Paulo.....	39
2.5.1 As características do PSF da Coordenadoria de Saúde Leste de São Paulo.....	42
3 A VIDA E A OPÇÃO PELA “PROFISSÃO”	44
3.1 Caracterização dos ACSs	44
3.2 Conhecimento da “profissão” e qualificação para ingresso	50
3.4 A vida antes de se tornarem ACSs	60
3.5 O motivo para ser ACS.....	62

3.6 Transformações na vida após se tornar ACS.....	67
4 O “TRABALHO” DO ACS.....	77
4.1 Fonte de insatisfação em ser ACS.....	77
4.2 Fonte de satisfação em ser ACS	87
4.3 Relacionamento interpessoal.....	91
4.3.1 Relacionamento com a equipe de saúde	92
4.3.2 Relacionamento com a população	98
4.3.3 Relacionamento com a família.....	102
4.4 Ser homem e ser ACS: considerações acerca do gênero masculino.....	106
4.5 Perspectivas para o futuro	109
4.6 Considerações dos ACSs quanto à sua “profissão”	113
5. CONCLUSÕES.....	117
6. ANEXOS	122
Anexo A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.....	122
Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	123
Anexo C – Folha de Rosto.....	124
Anexo D - Roteiro da Entrevista.....	125
7. REFERÊNCIAS	126

Lista de Quadros

Quadro 1.1 – Característica das UBS	15
Quadro 2.1 – Organização do serviço semanal do ACS.....	31
Quadro 3.1 - População e grupo de ACSs entrevistados por UBS	45
Quadro 3.2 – Características gerais dos ACSs.....	46
Quadro 3.3 – Características de habitação dos ACSs	48
Quadro 3.4 – Características de formação e ingresso	51

Lista de Siglas

ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CRLS	Coordenadoria Regional Leste de Saúde
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
CSSM	Casa de Saúde Santa Marcelina
ESF	Equipe de Saúde da Família
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAVS	Projeto Ambientes Verdes e Saudáveis
PSF	Programa de Saúde da Família
QUALIS	Qualidade Integral em Saúde
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
THD	Técnica de Higiene Dental
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
USF	Unidade de Saúde da Família
VD	Visita Domiciliar

Resumo

Croccia M. A representação do “trabalho” na vida do agente comunitário de saúde [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2009.

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantado no Brasil como uma estratégia de reorientação da Atenção Primária à Saúde com suas principais ações focadas no Agente Comunitário de Saúde (ACS). Esta pesquisa exploratória de abordagem qualitativa, por meio de entrevistas individuais semi-estruturadas, foi realizada com 15 ACS de duas unidades de Programa de Saúde da Família (PSF) da zona leste do município de São Paulo, tendo como objetivo analisar o lugar e o significado de ser ACS, no percurso de vida desses “profissionais”. Após assunção da função de ACS, houve uma mudança significativa em suas vidas, a qual passou a ser marcada por condições que se contrapõem: a perda da privacidade com a aquisição de popularidade e o ganho de identidade profissional em detrimento da identidade pessoal. Os achados indicaram que os Agentes Comunitários de Saúde vivenciam uma dificuldade de delimitações de suas tarefas na prática, embora suas atribuições estejam definidas por lei. Somando-se a isso, os fatores que provocam

insatisfação na função também contribuem para que os ACSs busquem outras oportunidades de trabalho. Observou-se, ainda, que os ACSs não manifestaram intenção de continuar na função por muito tempo, tendo seu olhar voltado para outros objetivos, inclusive a continuidade dos estudos, tanto para seguir na área da saúde como para a área social, sendo a atividade um meio para ascensão social e profissional e de garantia de subsistência.

Descritores: Programa de Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Pessoal de Saúde; Satisfação no Emprego; Agente Comunitário de Saúde.

Summary

Croccia M. The “work” representation for community health agent’s life [dissertation]. São Paulo: Medicine Faculty of São Paulo University; 2009.

The Family Health Program (FHP) emerged in Brazil as a strategy of Primary Health Care reorientation with the main action focused on the Community Health Agent. It is a qualitative research using open-ended interviews with 15 CHA of two Family Health Units, Jardim Rojú and Jardim Campos, situated at East Side of São Paulo city, which objective was to analyze the position and the meaning of being CHA in the passage of life of these professionals. After assuming their function, the CHAs experienced significant changes in their lives, marked by opposed conditions: the loss of their privacy and the popularity acquisition; and profit of professional identity in detriment of personal identity. The findings indicate that the Community Health Agents experienced deeply a delimitation difficulty of their tasks in practice, even their attributions are defined by law. In addition, dissatisfaction factors also contribute to lead CHA to seek for other work opportunities. These agents reveal no intention to continue in their function for longer time, as they wish to continue their studies, both in the health

area or in other social one, being the activity a way for social and professional ascension and subsistence guarantee.

Descriptors: Family Health Program; Primary Health Care; Health Personnel; Job satisfaction; Community Health Agent.

1. INTRODUÇÃO

Trata-se de uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa por meio de entrevistas individuais semi-estruturadas, realizadas com 15 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de duas unidades de Programa de Saúde da Família (PSF) da zona leste do município de São Paulo, tendo como objetivo analisar o lugar e o significado de ser ACS, no percurso de vida desses “profissionais”.

Os resultados foram divididos em dois capítulos. O primeiro classifica os participantes da pesquisa, bem como suas condições de vida, como se deu a opção pela “profissão”, como se processou seu ingresso na função e quais as transformações ocorridas em suas vidas, após iniciarem a atividade. O segundo se refere ao “trabalho” do ACS, ou seja, o que o trabalho representa para esses trabalhadores e quais seus objetivos futuros.

Pelo fato de algumas situações de vida estar diretamente vinculadas a escolhas das trajetórias das pessoas, inclusive no âmbito profissional, é importante conhecer os motivos que levaram os ACSs a optarem por essa atividade e como ela, uma vez iniciada, pode causar impactos na vida desses “profissionais”, promovendo satisfação e insatisfação, bem como ela pode ser capaz de gerar novas perspectivas futuras com relação ao “trabalho”. Uma vez que esses “profissionais” fazem parte de um grande contingente de trabalhadores com função importante tanto para a comunidade como para o

serviço de saúde, a obtenção dessas informações poderá colaborar para a implementação de estratégias que visem à melhoria das condições de vida e “trabalho” dos ACS, o que por sua vez possa levar a que sejam motivados a permanecerem na “profissão” não somente por necessidade de emprego, mas por satisfação com a atividade desenvolvida.

A proposta da presente pesquisa é identificar as transformações ocorridas na vida dos entrevistados após se tornarem ACSs, quais as fontes de satisfação e insatisfação no cumprimento de suas atribuições e suas perspectivas futuras.

1.1 Justificativa

Por meio de levantamento realizado nas bases de dados Dedalus, Lilacs, BVS, base BIREME, base de teses da USP e Scielo, utilizando *agente comunitário de saúde* como palavras do título, constatou-se que as pesquisas que versam sobre o ACS são recentes, em sua maioria datando de 2000 a 2008 (74), e em menor quantidade entre 1989 e 1999 (4). Foram encontradas 78 produções entre artigos (50 – 64%), dissertação de mestrado (14 – 18%), teses de doutorado (4 – 5%), livros (4 – 5%), trabalhos para obtenção de título de especialista (3 – 4%), e trabalhos publicados em eventos (3 – 4%). Foram excluídas da pesquisa as publicações com autoria de órgãos de saúde. Dentre os aspectos que foram abordados, encontram-se o empoderamento (Bedin, 2006); questões do gênero masculino (Santos RLA, 2005; Santos RLA *et al.*, 2005); o histórico do ACS (Araújo Júnior e Gomide, 2004; Giffin e Shiraiwa, 1989; Martins *et al.*, 1996; Silva e Rodrigues, 2000; Sousa MF, 2001); identidade do ACS (Bachilli *et al.*, 2008; Baglini *et al.*, 2005; Nunes *et al.*, 2002; Pupin, 2004); perfil sócio demográfico do ACS (Barcellos *et al.*, 2006; Ferraz e Aerts, 2005; Reis e Santos AS, 2005; Santos LPGS, 2005; Santos MR, 2004; Silva e Santos MR, 2005); prática do ACS (Almeida, 2004; Amon, 2006; Araújo e Assunção, 2004; Assunção, 2003; Batezini *et al.*, 2004; Bezerra *et al.*, 2005;

Bornstein e Stotz, 2008; Campinas e Almeida, 2004; Carvalho, 2002; César *et al.*, 2002; Cheavegatti, 2008; Diehl e Silva, 2004; Ferraz e Aerts, 2005; Freitas *et al.*, 2007; Hildebrand e Shimizu, 2008; Jorge *et al.*, 2007; Kluthcovsky e Takayanagui, 2006a; Levy *et al.*, 2004; Lima e Moura, 2004; Lunardelo, 2004; Martines, 2007; Mendonça, 2004; Morosini *et al.*, 2007; Muniz *et al.*, 2005; Oliveira *et al.*, 2003; Padilha, 2004; Pinheiro *et al.*, 2004; Pinho, 2005; Rosa *et al.*, 2004; Santos MR, 2005; Seabra, 2006; Silva ABF, 2002; Silva e Dalmaso, 2002a; Silva e Dalmaso, 2002b; Silveira e Sena, 2005; Sousa GC, 2007; Tomaz, 2002; Wai, 2007); prática educativa do ACS (Duarte *et al.*, 2007; Gottardi e Silva, 2005; Oliveira CA, 2003; Pinheiro *et al.*, 1993; Trapé, 2005; Trapé e Baldini, 2007; Zanchetta *et al.*, 2005); qualificação profissional do ACS (Fontoura *et al.*, 2004; Hahn e Kirchhof, 1999; Morosini *et al.*, 2007); relação do ACS com a comunidade (Fortes e Spinetti, 2004a, Fortes e Spinetti, 2004b; Season e Fortes, 2007; Tavares, 2002); relação público-privada do ACS (Albuquerque, 2000; Nogueira, 2002; Nogueira *et al.*, 2000; Silva, 2001; Tomaz, 2002); revisão bibliográfica (Kluthcovsky e Takayanagui, 2006b) e saúde do trabalhador (Castro *et al.*, 2004; Kluthcovsky *et al.*, 2007; Lima e Moura, 2004; Lunardelo, 2004; Martines e Chaves, 2007; Nascimento, 2005).

Observou-se, com este estudo, um predomínio de pesquisas que versam sobre a prática do Agente Comunitário de Saúde.

Dos trabalhos encontrados foram lidos 42 (**três** teses de doutorado, sete dissertações de mestrado, dois livros e 30 artigos), dos quais foram utilizados 30.

Com base nesse levantamento, percebeu-se que têm sido pouco exploradas as transformações ocorridas na vida do ACS após seu ingresso na função, bem como os pontos que consideram positivos e negativos na sua atuação e as suas perspectivas para o futuro.

O acompanhamento da rotina de “trabalho” dos ACSs despertou a curiosidade para investigar tais aspectos com a finalidade de compreender qual o significado de ser ACS para esses sujeitos e como essa atividade repercute nas suas escolhas profissionais futuras.

1.2 Objetivos da pesquisa

1.2.1 Objetivo geral

Analisar o lugar e o significado de ser ACS no percurso de vida desses “profissionais”.

1.2.2 Objetivos específicos

- ✓ Identificar as transformações ocorridas na vida dos entrevistados após se tornarem ACSs;
- ✓ Analisar o significado, para esses ACSs de sua atividade em decorrência das fontes de satisfação e insatisfação no cumprimento de suas atribuições;
- ✓ Apreender o significado que atribuem à experiência de ser ACS com relação ao seu futuro profissional.

1.3 A realidade a ser pesquisada e a abordagem metodológica

1.3.1 Tipo de estudo e coleta de dados

Para atingir os objetivos aqui propostos, foi desenvolvido um estudo qualitativo por meio de pesquisa exploratória através de entrevistas semi-estruturadas individuais, que objetivaram apreender qual o significado do exercício dessa atividade no percurso de vida desses sujeitos, imediatamente anterior até o momento da realização da pesquisa, já que o objetivo do pesquisador é captar o grupo, a sociedade, e encontrar a coletividade a partir do indivíduo (Queiroz, 1987).

Para proceder à coleta de dados, a população de estudo foi composta de ACS das Unidades Básicas de Saúde Jardim Robrú II (UBS1) e Jardim Campos (UBS2). Do total de 54 ACSs que fazem parte das duas UBSs, 15 participaram da pesquisa.

Dos ACSs entrevistados, seis fazem parte da UBS Jardim Robrú e nove da UBS Jardim Campos.

O número de sujeitos envolvidos foi estipulado pelo critério de saturação e repetição, ferramenta esta empregada em pesquisa qualitativa em várias áreas da saúde, onde o fechamento amostral processa-se pela suspensão de

novos participantes, quando os dados obtidos passam a apresentar redundância e repetição (Fontanella *et al.*, 2008; Lefèvre, 2003). Para avaliar a saturação, a análise dos dados é feita desde o início da coleta dos mesmos em um processo contínuo (Fontanella *et al.*, 2008). Minayo (2006) afirma que a amostragem ideal é aquela que permite abranger as múltiplas dimensões do problema investigado.

Para seleção dos participantes, foram considerados, intencionalmente, os sujeitos com maior e menor tempo de exercício na função com base na sua data de admissão no serviço para evitar um viés em virtude do cansaço natural do desempenho rotineiro da função e a desmotivação que podem ser levados pelo exercício prolongado da mesma, caso fossem selecionados somente os mais antigos na “profissão”, assim como evitar selecionar somente os recentes na atividade que podem estar influenciados pelo deslumbramento de uma nova função e a possibilidade de ingresso no mercado de trabalho. Foram considerados, também, “profissionais” das equipes mais e menos estáveis, ou seja, com maior e menor rotatividade de profissionais, pois de acordo com Freitas *et al.* (2007), as equipes menos estáveis estão sujeitas a alguns desafios, em decorrência da troca freqüente de seus membros, que são enfrentados por todos os seus integrantes, inclusive pelos ACSs que sofrem uma descaracterização uma vez que acabam sendo sobrecarregados por atividades que não são pertinentes à sua função, dificultando assim o andamento adequado do processo de trabalho característico do PSF. O sexo

masculino também foi abarcado no critério de seleção, uma vez que estes são encontrados em número bem reduzido nessa categoria profissional.

Com base nesses critérios, pode-se definir se há diferença nos relatos dos participantes da entrevista, e se esta pode estar relacionada ao tempo na “profissão”, à estruturação da equipe e/ou ao exercício da atividade, analisado pelo ponto de vista dos “profissionais” do sexo masculino. Isso porque nas amostras intencionais é significativa a maneira como se concebe a representatividade dos elementos e a qualidade das informações obtidas (Fontanella *et al.*, 2008).

Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado o recurso da entrevista, que é uma das principais técnicas de trabalho em pesquisa qualitativa, tendo uma extensa variedade e uma multiplicidade de usos (Lüdke e André, 1986; Fontana e Frey, 1994; Britten, 1995). Essa técnica é caracterizada pela comunicação verbal, servindo de meio de coleta de informações sobre um determinado tema científico (Cruz Neto, 2002). E segundo Fontana e Frey (1994), embora a entrevista possa ser realizada de várias maneiras, o tipo mais comum é a individual, realizada pessoalmente.

Lüdke e André (1986); Fontana e Frey (1994), compartilham da opinião de que a entrevista permite uma relação de interação entre quem pergunta e quem responde, sendo sua grande vantagem a captação imediata e corrente da

informação desejada, praticamente com qualquer tipo de informante e sobre os mais variados tópicos.

Conforme a literatura estudada, existem três tipos de entrevista: estruturada, semi-estruturada e não-estruturada (Lüdke e André, 1986; Triviños, 1987; Fontana e Frey, 1994; Britten, 1995; Cruz Neto, 2002).

Para fins deste estudo, optou-se pela entrevista semi-estruturada que, de acordo com Lüdke e André (1986) e Triviños (1987), é um tipo de entrevista que segue um esquema básico, com pouca rigidez, no qual o entrevistador define o foco principal da área a ser explorada, e o entrevistado segue sua linha de pensamento e de suas experiências, participando assim da elaboração do conteúdo da pesquisa, o que permite que sejam feitas adaptações por parte do entrevistador, sempre que necessárias.

As entrevistas foram realizadas individualmente, tendo sido gravadas e transcritas, para posterior análise. Cada transcrição possui uma folha de rosto com os dados sóciodemográficos do entrevistado (Anexo C).

O procedimento das entrevistas se deu a partir de um roteiro (Anexo D).

Para Alberti (2005, p.177):

“A função do roteiro é auxiliar o entrevistador, no momento da entrevista, a localizar, no tempo, e a situar, com relação ao tema investigado, os assuntos tratados pelo entrevistado”.

As entrevistas foram realizadas no período entre julho de 2007 e março de 2008. As transcrições foram realizadas imediatamente após cada entrevista.

Em fevereiro de 2008, procedeu-se a uma leitura prévia de todas as entrevistas e, posteriormente, em uma segunda leitura foi elaborada uma categorização a partir de seu conteúdo. Em março de 2008, executou-se uma releitura. Feito isto, foi iniciada a análise dos dados.

Em 20 de junho de 2008, a pesquisadora passou pelo exame de qualificação, dando continuidade ao estudo.

1.3.2 Aspectos éticos

Em novembro de 2006, o projeto foi entregue à Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa – CAPPesq - da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Universidade de São Paulo. Sua aprovação ocorreu em dezembro de 2006, sob o protocolo número 1381/06. Em janeiro de 2007, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, tendo sua aprovação em fevereiro do mesmo ano, por meio de Parecer número 0046/07 (Anexo A).

Como para a escolha dos sujeitos, utilizou-se o critério de conveniência selecionando os ACSs com maior e menor tempo de exercício na função, os mesmos foram convidados a participar da pesquisa. Os entrevistados foram então informados de que a entrevista seria gravada, dos objetivos da pesquisa e do sigilo de suas informações, garantindo sua privacidade e anonimato, conferindo a estes a liberdade total na decisão de participar ou não da pesquisa, bem como de solicitar informações sobre a mesma, a qualquer momento em caso de dúvida, por meio dos contatos com os pesquisadores, fornecidos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após concordarem em participar da pesquisa, determinaram-se o local, a data e o

horário para a realização das mesmas, as quais ocorreram na UBS de origem dos entrevistados, de comum acordo com a pesquisadora, em sala reservada, evitando interrupções. A data e o horário das entrevistas respeitaram a disponibilidade dos participantes, tendo sido por eles definidos.

Antes do início das entrevistas, foram reforçadas as orientações a cada participante e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, uma para o sujeito e uma para a pesquisadora (Anexo B).

1.3.3 Local de estudo

Para focar sobre o ACS como sujeito estratégico do PSF, foram eleitas duas Unidades Básicas de Saúde da Família da Zona Leste do Município de São Paulo/ PSF Santa Marcelina, antigas unidades QUALIS (Qualidade Integral em Saúde) - Subprefeitura do Itaim Paulista/ Coordenadoria Regional Leste de Saúde (CRLS).

A Supervisão de Saúde do Itaim Paulista é responsável por onze unidades de PSF, entre elas uma unidade mista. Para fins deste estudo, foram utilizadas somente duas Unidades Básicas de Saúde, a UBSF Jardim Robrú II (UBS1) e a UBSF Jardim Campos (UBS2).

O quadro 1.1 apresenta as principais características das duas unidades escolhidas para a pesquisa de campo.

Apesar da similaridade das duas equipes quanto ao número de famílias cadastradas, assim como na quantidade de ESFs, chama atenção o fato da UBS1 possuir um número defasado de médicos.

Quadro 1.1 – Característica das UBS

UBS	UBS1	UBS2
População adscrita	19.708	22.102
Nº de famílias cadastradas	5.131	5.721
Nº ESF	5	6
Nº ACSs	24	30
Nº Médicos	2	6
Nº Enfermeiras	5	6
Nº Auxiliares de Enfermagem	10	12
Nº administrativos	5	6

Fonte: SMS/SIAB (2008)

Observa-se que a UBS1 possui um número de 859 a 1.094 famílias cadastradas por equipe, enquanto na UBS2, as famílias cobertas por equipe encontram-se na faixa de 938 a 973 famílias. Com isso é importante apontar que na UBS1 existe uma maior variação quanto ao número de famílias cadastradas por equipe em relação a UBS2.

1.3.3.1 UBS Jardim Robrú II

Com base no relatório anual da Unidade de PSF Jardim Robrú II datado de 08 de dezembro de 2000, a unidade foi inaugurada em 29/05/1999 com duas equipes, após ter sua área de abrangência mapeada durante 15 dias no mês de abril daquele mesmo ano. Para o funcionamento das atividades da unidade, foram contratados dez ACSs, três auxiliares de enfermagem, dois enfermeiros, um médico, dois auxiliares administrativos, um auxiliar de limpeza e um gerente. Entre os meses de julho a setembro de 1999, as duas mil famílias propostas para o atendimento já estavam cadastradas, ficando sem cadastramento apenas 54 casas que estavam para ser alugadas. Apesar de estimada *a priori* uma população de 2.600 famílias, quando esta chega a 2.110, a demanda se torna grande com fluxo intenso de usuários na unidade e é necessária a ampliação do número de ESF, aumentando assim o quadro de profissionais para dar cobertura às famílias cadastradas.

Atualmente a Unidade possui 19.708 pessoas cadastradas, as quais se encontram inseridas em uma das 5.131 famílias da área de cobertura (MS, 2008).

Para prestar atendimento a esta população, a unidade dispõe de cinco ESFs com apenas dois médicos, com três equipes sem a presença desse profissional, cinco enfermeiras, dez auxiliares de enfermagem, 24 ACSs (uma vez que uma das equipes possui quatro ACSs), uma fisioterapeuta, uma fonoaudióloga, um dentista funcionário da prefeitura, duas auxiliares de consultório dentário (ACD), uma técnica de higiene dental (THD), seis auxiliares administrativos, uma gerente e uma técnica de farmácia (MS, 2008).

As equipes apresentam-se bem similares quanto à estabilidade dos profissionais, com exceção dos médicos, sendo que somente em uma equipe este profissional encontra-se por longo período, sendo que nas demais ou elas funcionam sem o profissional, ou ele não permanece.

Todos os ACSs da unidade são contratados pela instituição parceira, Casa de Saúde Santa Marcelina. Somente as duas auxiliares de consultório dentário, a técnica de higiene dental, o dentista e a técnica de farmácia são contratados pela Prefeitura: os demais são contratados por aquela instituição parceira.

1.3.3.2 UBS Jardim Campos

A UBS Jardim Campos realiza suas atividades desde 17 de outubro de 1998, contando naquela época com quatro ESFs.

Sob sua responsabilidade a unidade conta com uma população de 22.102 pessoas cadastradas, as quais estão distribuídas pelas 5.721 famílias cobertas pela UBS (SIAB, 2008).

Atualmente a UBS possui seis equipes de saúde da família com quadros de profissionais completos; ou seja, seis médicos, seis enfermeiras, 12 auxiliares de enfermagem e 30 ACSs. Ainda fazem parte da unidade dois cirurgiões dentistas, duas auxiliares de consultório dentário, oito auxiliares técnico-administrativos, uma técnica de farmácia, uma psicóloga e uma gerente (MS, 2008).

Embora as equipes tenham perfil semelhante, duas demonstram maior estabilidade de seus profissionais.

Nessa UBS funciona também o Núcleo Integrado de Reabilitação 1 (NIR1) composto por cinco fisioterapeutas, três fonoaudiólogas e uma terapeuta

ocupacional (Fichino *et al.*, 2008, p. 38) e com a Saúde Mental com uma psicóloga.

O vínculo de trabalho dos ACSs da unidade é com a Casa de Saúde Santa Marcelina (CSSM), instituição parceira. Somente duas auxiliares de enfermagem são contratadas pela Prefeitura, com complemento de jornada realizado com vínculo com a instituição parceira, os demais profissionais são todos contratados pela CSSM.

1.3.4 Análise dos dados

A organização e análise do material foram efetuadas a partir da técnica de análise de conteúdo das entrevistas conforme proposto por Bardin (1992), utilizando a classificação por categorias. Para Bardin (1992), a categorização tem como objetivo representar os dados brutos de forma simplificada, permitindo o agrupamento dos elementos de acordo com o que há de comum entre eles.

A partir do relato dos ACSs foram levantadas diversas características em relação à vida antes e após se tornarem ACSs. O esquema de análise pretendeu considerar os aspectos relacionados aos motivos que levaram à opção por essa “profissão”; a valorização da atividade por parte do sujeito entrevistado; a colaboração com os profissionais da equipe; o seu relacionamento com a população; os pontos que consideram de desgaste/motivação, satisfatório/insatisfatório na realização da “profissão”; a relação dos ACSs do sexo masculino com uma atividade predominantemente feminina; a sua vida dentro e fora do ambiente familiar, e suas perspectivas e anseios profissionais para o futuro.

1.3.5 Limitações da pesquisa

O período destinado à coleta de dados foi longo devido à dificuldade de sensibilizar os ACSs da UBS2 para participarem da pesquisa e também pela indisponibilidade de horário por parte dos mesmos para a realização das entrevistas, fato este que atrasou o cronograma de desenvolvimento do trabalho.

2 Agente Comunitário de Saúde

Neste capítulo é abordado o ingresso dos ACSs no PSF, seus antecedentes históricos e as ambivalências de seu reconhecimento “profissional”.

2.1 Breve histórico do PACS e PSF

O Brasil é um país com significativas discrepâncias socioeconômicas, sendo a saúde um dos principais desafios do Estado (Valentim e Kruehl, 2007). Com a crise do modelo biomédico, fez-se necessário o surgimento de propostas que transformassem o trabalho em saúde (Vieira e Cordeiro, 2005).

É na Constituição Federal de 1988 que a saúde passa a ser entendida como direito do ser humano e instala-se o Sistema Único de Saúde (SUS), devendo este abranger todas as ações e todos os serviços públicos de saúde com a perspectiva de um novo modelo assistencial, tendo suas bases estruturadas na universalidade de acesso, igualdade no atendimento e

eqüidade na distribuição dos recursos, contando como diretrizes para pautar sua organização a descentralização, a hierarquização e a participação social (Fortes e Zoboli, 2005; Bursztyn *et al.*, 2003). Essas diretrizes e bases do SUS tiveram a contribuição de dois acontecimentos, a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, e o processo político constituinte, em 1988 (Heimann e Mendonça, 2005). Para sua regulamentação, o SUS conta com a Lei 8.080/1990 e com a Lei 8.142/1990 (Fortes e Zoboli, 2005).

Na década de 1990, o Ministério da Saúde reuniu alguns coordenadores com experiência na atenção primária à saúde centrada nas dimensões comunidade e família para discutir um projeto nacional de reorientação dos serviços básicos de saúde, sendo então lançado o Programa de Saúde da Família (PSF) que, no contexto da política de saúde brasileira, deveria contribuir para a construção e consolidação do SUS. Tendo em sua base os pressupostos do SUS, a estratégia do PSF traz no centro de sua proposta a expectativa relativa à reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica (MS, 1997).

Uma das estratégias do SUS para reverter a forma de prestação de assistência à saúde consiste em transformar as Unidades Básicas de Saúde (UBS) em Unidades de Saúde da Família (USF), com a responsabilidade de resolver em média 85% das situações-problema da população residente em seu território de atuação (Souza, 2003).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991 com o objetivo central de contribuir para a redução da mortalidade infantil e materna e como importante estratégia no aprimoramento e consolidação do Sistema Único de Saúde, visando ao desenvolvimento de suas principais ações realizadas por meio do Agente Comunitário de Saúde (ACS), sugeriu uma transição do modelo assistencial, começando a focar a família como centro de ação e não somente o indivíduo, com a introdução de área de cobertura por família, onde cada ACS tinha o número de famílias sob sua responsabilidade determinado pela área de abrangência da UBS dividida entre eles. O PACS passa, então, a ser o antecessor do PSF, cabendo a este se mostrar como uma inovação mais adequada daquela experiência, enfocando a família dentro das práticas de saúde (Viana e Dal Poz, 2005, Heimann e Mendonça, 2005; MS, 2001).

O PSF foi oficializado em 1994 nas regiões identificadas como de risco pelo Mapa de Fome do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), nos municípios de 5.000 a 10.000 habitantes. O atendimento visava à família como unidade nuclear de atuação e não somente o indivíduo, utilizando para isso o princípio da territorialização, ou seja, um território definido, e o cadastramento com acompanhamento da população vinculada (adstrita) a esta área com cada Unidade de Saúde da Família (USF), mantendo-se responsável pelo território de abrangência onde está localizada, visando a facilitar o acesso da clientela aos serviços, podendo assim ser dada continuidade às ações e,

conseqüentemente atingir maior resolutividade, recomendando-se, para isso, que cada Equipe de Saúde da Família (ESF) seja responsável por, no máximo, 4.500 pessoas (Goldbaum *et al.*, 2005; Santana e Carmagnani, 2001).

Com a implantação do PSF, os preceitos do SUS de universalização de acesso aos serviços de saúde; equidade; descentralização da gestão e dos serviços de saúde e participação social foram mantidos, mas com a mudança do modelo assistencial, que deixou de ser individualizado para ter o foco na família.

PACS e PSF proporcionaram o surgimento de um “novo profissional”, que desenvolve suas atividades na área da saúde, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) que se apresenta em grande número, atuando como elo entre o serviço de saúde, ou seja, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e a comunidade.

O PACS e o PSF têm suas atividades realizadas por Equipes de Saúde, sendo que os problemas das famílias e da comunidade são levados às equipes pelo ACS, a quem as famílias passam as informações sobre o que acontece na sua área de atuação (Cohn *et al.*, 2005).

A necessidade de capacitação das equipes para o desenvolvimento de suas atividades, baseadas nesse modelo de atenção, levou o Ministério da Saúde a incentivar a organização de pólos regionais de capacitação (Silva e Dalmaso, 2002a).

2.2 O ACS e sua inserção na equipe de PSF

O PSF tem como característica importante o estabelecimento de equipes constituídas por profissionais de diversas categorias, permitindo integração de conhecimentos entre esses profissionais, levando a uma maior horizontalidade de poderes, possibilitando assim que o médico deixe, em princípio, de exercer papel central e hegemônico na equipe (Vieira e Cordeiro, 2005).

Segundo o MS (2005), cada Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) deverá ter no mínimo quatro Equipes de Saúde da Família e no máximo sete, e o território de cada Equipe de Saúde da Família deverá contemplar em média 800 domicílios residenciais construídos que abriguem aproximadamente 800 famílias, num total de 3000 a 3500 pessoas.

Há uma divergência entre os vários autores quanto à composição da ESF sendo que, para Bourget. (2005, p. 32), a equipe deveria ser constituída por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de quatro a cinco agentes comunitários de saúde, enquanto tomando-se o MS (2006a), as equipes seriam compostas, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis ACSs; e quando ampliada, ela contaria ainda com um dentista, um auxiliar de consultório dentário (ACD) e um técnico em

higiene dental (THD). Já para Silva e Dalmaso (2002a), as equipes do PSF seriam compostas por um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes de saúde, sendo que a estrutura das equipes poderia ser modificada de acordo com a realidade local.

Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e manutenção da saúde desta comunidade. A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as Equipes de Saúde da Família a necessidade de ultrapassar a atuação profissional técnica classicamente definida para a atenção básica no Brasil, especialmente no contexto do SUS (MS, 2006a), ou seja, solicitam-se desses trabalhadores, intervenções que não se encontram no âmbito da saúde, mas em situações sociais de outras dimensões, e que fogem da função dos profissionais, impondo limitações para o trabalho (Fontoura *et al.*, 2004).

O trabalho das Equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe, e destes com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde (MS, 2006a).

2.3 A introdução da “função” e da “ocupação” do ACS

A “função” de ACS foi pensada e criada visando ao exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor local.

A profissão de Agente Comunitário de Saúde (ACS) foi criada pela Lei nº 10.507, de 10 de Julho de 2002, sancionada pelo presidente Fernando Henrique Cardoso, estabelecendo seu exercício exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. O ACS prestará seus serviços ao gestor local do SUS, mediante vínculo direto ou indireto (MS, 2002), devendo morar na área da comunidade em que atuar; haver concluído com aproveitamento o curso de qualificação básica para a formação de ACS e haver concluído o ensino fundamental, além de ter espírito de liderança e solidariedade.

Cada ACS deverá cobrir uma área com limite máximo de 200 famílias, respeitando a recomendação inicial da realidade geográfica, econômica e sócio política da área, considerando a densidade populacional e a facilidade de acesso à UBS (MS, 2005).

Na pesquisa realizada por Silva e Dalmaso (2002b), observa-se que os ACSs consideram como características necessárias para o desempenho de sua função atribuições de caráter (coragem, flexibilidade, solidariedade, respeito para com os outros e discrição); disposição para aprendizado e troca de conhecimentos; habilidades para comunicação; condições físicas e mentais. Quanto aos requisitos identificados para trabalhar em uma ESF, destacam-se a capacidade de atuar em equipe; visão mais holística da saúde; habilidade para o contato interpessoal; além de aspectos relacionados a uma postura ético-política traduzida pelos ACSs entrevistados, como “ter compromisso”, “envolver-se com o trabalho” e “almejar equidade social”.

De acordo com o modelo do relatório de seleção de ACS elaborado pela Prefeitura Municipal de São Paulo/ Casa de Saúde Santa Marcelina (CSSM), baseado na Portaria 892/2004 do Setor de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde, o Processo Seletivo dos ACSs está a cargo da Casa de Saúde Santa Marcelina, instituição parceira da SMS, que, em comum acordo com as Unidades Básicas envolvidas no processo de seleção, elabora com antecedência o cronograma geral de datas, horários e locais de cada etapa da seleção a ser realizada. A divulgação e a inscrição ocorrem em local e período estipulados em cronograma, tendo como instrumentos o mapa de divulgação da microárea da Unidade de Saúde selecionada e a ficha de inscrição. O processo seletivo inclui três etapas. A primeira composta por prova escrita, com o objetivo de verificar o conhecimento básico do candidato em assuntos que envolvam

cálculos aritméticos, questões de múltipla escolha e redação, dentro do contexto de situações de prevenção de doença e promoção de saúde. A segunda etapa corresponde à dinâmica de grupo. Na terceira e última etapa, é realizada uma entrevista individual com candidatos selecionados nas etapas anteriores.

Segundo a Lei Municipal nº 13.611 de 26 de junho de 2003, que dispõe sobre a implantação do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde no município de São Paulo, o ACS deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da profissão: residir na área onde desenvolverá suas atividades há, pelo menos, 02 (dois) anos; ser maior de 18 (dezoito) anos; ter disponibilidade de tempo integral para desenvolver suas atividades, e ser aprovado em processo seletivo prévio. Ainda com base nesta lei, o ACS deverá desenvolver atividades de prevenção das doenças e promoção da saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade. A mesma lei declara que cabe à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) promover a capacitação profissional do ACS de forma continuada, gradual e permanente, devendo o conteúdo das atividades de capacitação considerar as prioridades dos problemas identificados em cada território de trabalho, sendo a participação nas capacitações requisito indispensável ao ACS para permanência no PSF (PMSP, 2003).

Em suas atribuições, o ACS tem de dar subsídios para diagnóstico, de doenças e territorial, conscientizar a população sobre riscos e agravos que

possam afetar a saúde das famílias, educar a população para ações de saúde, promover a saúde e prevenir doenças, auxiliar a administração do funcionamento das ações realizadas pela equipe e pela UBS e ainda estimular a participação social de forma integrada em outras instituições relacionadas à saúde da comunidade.

Isso prevê uma organização semanal das atividades, como mostrada no quadro 2.1, sendo que as atividades realizadas pelos ACSs devem ser orientadas e acompanhadas pelo(a) enfermeiro(a) responsável pela ESF na qual este profissional estiver inserido(a) (MS, 2001).

Quadro 2.1 – Organização do serviço semanal do ACS

Atividades	Horas	Total / Média executada
Reunião diária /semanal da equipe	05	5 reuniões/semanal
Atividades administrativas	05	Conforme o planejamento da unidade
Visita domiciliar	26	Média de 52 a 78 VD/semana
Educação continuada interna/externa	---	Quando programada redistribuir a agenda para contemplar esta atividade
Grupo educativo	2	Uma atividade/semana
Atividades da comunidade	2	Conforme planejamento da equipe
Total de horas	40	

Fonte: SMSSP (2005)

Com base em suas atribuições, são identificadas duas dimensões de atuação do ACS: uma técnica, relacionada ao monitoramento da saúde, e outra de caráter mais político, buscando a inserção da saúde no contexto geral de vida da população, organizando e orientando a comunidade para este fim (Silva e Dalmaso, 2002b).

Essas atribuições exigem uma liderança desses profissionais na comunidade que permita estimular a co-responsabilidade e aumentar o grau de “empoderamento” dos indivíduos, dos grupos e da comunidade para a melhoria da qualidade de vida e saúde da população (Duarte *et al.*, 2007; Bedin, 2006). A atuação “empoderadora” do ACS, dada pelo diálogo, permite a criação de vínculo com a comunidade, o qual é necessário para a transformação do modelo de atenção, tornando os usuários em sujeitos do processo de mudança (Bedin, 2006).

Assim sendo, o ACS é um “profissional” do serviço de saúde que exerce atividades operacionais de diagnóstico, educação, promoção, prevenção e mobilização da população para questões de saúde, tendo como principal instrumento as Visitas Domiciliares (VD). A partir dessa atividade é que se determinou que o ACS deve pertencer à comunidade por melhor conhecê-la. Segundo Martines e Chaves (2007) e Duarte *et al.* (2007), o fato de o ACS fazer parte da população para a qual trabalha, convivendo com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde mora e trabalha, possibilita que conheça o

cotidiano das famílias locais, identificando-se com a cultura, linguagem e costumes de sua comunidade.

De acordo com o estudo realizado por Goldbaum *et al.* (2005), a atuação do ACS pode contribuir para uma menor procura da população pelos serviços de saúde por terem suas necessidades previamente atendidas por intermédio deste. E como salientado por Sousa (2003), o ACS mostra-se ativo no que se refere à organização da atenção à saúde.

Estudos realizados por Silva (2001) e Cohn *et al.* (2005) mostram a situação de ambivalência do ACS atuando entre a comunidade e o serviço. Entre a população, agentes e equipe de saúde, os agentes tendem a se diferenciar da população; apesar de moradores na mesma área e cadastrados pelo PSF, sentem-se em algumas situações mais próximos da equipe de saúde. Segundo Silva (2001, p.189):

“[...] são apartados relativamente da população [...]. Por outro lado, ao estarem entre a equipe e a população, conformam um grupo próprio, com motivações, desempenhos e opiniões acerca do trabalho comuns. Portanto, seu vínculo é móvel e a identidade, ambivalente”.

O papel de mediador que o ACS exerce entre a comunidade e o serviço de saúde permite que sejam reconhecidos e respeitados como profissionais de saúde, ao mesmo tempo em que são vistos como membros da comunidade e

reconhecidos como iguais (Cohn *et al.*, 2005), podendo atuar como facilitador ou como empecilho nessa mediação (Nunes *et al.*, 2002).

Os ACSs atuam de forma bidirecional, levando as informações de saúde à população e, de outro lado, munem os profissionais de saúde com elementos que permitem a compreensão dos problemas de saúde das famílias e das necessidades de saúde da população (Nunes *et al.*, 2002).

O surgimento desse profissional, incorporado à equipe do PSF, que é membro da comunidade, devido à proposta, faz com que os ACSs assumam papel ambíguo, dividindo-se entre o compromisso profissional e a inserção na comunidade, muitas vezes atuando como mediadores entre a comunidade e o serviço (Cohn *et al.*, 2005).

A referência da comunidade são as necessidades dos que ali vivem, onde o serviço de saúde tem a função de suprir as necessidades de saúde daquela população, mas com interesse geral, entendendo a saúde como direito.

É essa dupla inserção que permite que os ACSs, por pertencerem à comunidade, possam atuar, em princípio, como portadores do interesse geral, pelas normas universais de acesso na atenção à saúde; por outro lado, eles acabam na realidade se configurando como facilitadores dos interesses particulares manifestos pelos sujeitos sociais que vivem naquela comunidade, uma vez que, sendo um “profissional” de saúde, estes possuem “livre acesso” à Unidade de Saúde à qual estão vinculados.

Como destaca Nunes *et al.* (2002, p.1646):

“As expectativas depositadas em torno da participação dos ACS inscrevem-se em um verdadeiro ‘fogo cruzado’, onde demandas às vezes paradoxais se sobrepõem. Assim, enquanto a comunidade o inscreve em uma demanda de tipo predominantemente pessoal, a equipe de saúde espera do mesmo uma prática mais técnica e pedagógica. Os ACS, por sua vez, somam a expectativa de uma competência técnica a valores e conhecimentos que estão arraigados à sua cultura, e que entram em choque com aquela primeira, os quais algumas vezes nem eles próprios se sentem capazes de modificar em si mesmos”.

Sendo assim, esse trabalhador apresenta características especiais, uma vez que é o responsável por tornar mais forte a relação entre trabalho e vida social (Ferraz e Aerts, 2005), o que pode não se configurar como um problema, mas como a força e a riqueza da presença desse ator na Equipe de Saúde da Família (Nunes *et al.*, 2002).

2.4 ACS: “profissão”, “trabalho” ou “ocupação”?

Para entender essa complexa inserção do ACS como “profissional” de saúde e como membro da Equipe de Saúde da Família, é preciso ressaltar que ainda no final do século passado Freidson (1998) já enfatizava que não havia consenso no que se refere ao que seriam as profissões. O autor ressalta que existem dois usos diferentes do conceito de profissão que às vezes são confundidos: o conceito que se refere a ocupações de prestígio, para as quais os profissionais tiveram educação superior, sendo reconhecidos por esta e não por suas habilidades específicas relativas a ela; e também profissão enquanto um grupo de ocupações com traços ideológicos e institucionais similares entre si, sendo que os principais escritos teóricos se concentram neste segundo sentido, com os seus membros reconhecendo-se, principalmente, por sua ocupação e, posteriormente, por sua classe profissional. Para Freidson (1998, p.55), o importante é especificar como as pessoas, no interior de uma sociedade, determinam quem é profissional e quem não é, e como os profissionais constroem profissões por intermédio de suas atividades e analisar quais conseqüências podem daí acarretar pela forma como estes se vêem e realizam seu trabalho.

De acordo com Ferreira (1993, p.444), o termo profissão é definido como: *“Atividade ou ocupação especializada, da qual se podem tirar os meios de subsistência”*.

Friedmann (1973) considera o trabalho como traço específico da vida humana, do qual o homem se ocupa essencialmente. A divisão do trabalho, através de diferentes profissões e especializações, por sua vez, é uma característica da sociedade moderna, originando uma nova ordem moral na sociedade, através da organização dos participantes de uma mesma atividade segundo regulamentos profissionais que delimitam deveres e direitos (Machado, 1995).

Ferreira distingue os termos trabalho, ocupação, função e atividade. Para o autor, trabalho consiste em: *“Atividade coordenada, de caráter físico e/ou intelectual, necessária à realização de qualquer tarefa, serviço ou empreendimento”* (Ferreira 1993, p.541).

Já a ocupação se trata de uma dedicação a alguma atividade, enquanto define função como: *“cargo, serviço, ofício”* (Ferreira, 1993, p.264); e qualifica atividade como: *“modo de vida; profissão”* (Ferreira, 1993, p.53).

A discussão do perfil, atribuições e competências do ACS é polêmica, não sendo determinada de forma clara. Como seu papel tem como foco a família e a comunidade, exigindo dele novas competências no campo político e social, seria necessária uma escolaridade mais elevada (Tomaz, 2002).

De acordo com Nogueira (2002), o ACS não poderia ser definido por um perfil ocupacional, pois suas tarefas decorrem de um saber popular, a não ser quando este necessite de um perfil técnico bem estruturado, de preparo uniforme e de um cargo nas estruturas organizacionais do Estado. Ainda na visão de Nogueira (2002), o ACS não deveria ser considerado como membro da equipe de PSF porque ele não é um profissional e também porque deveria manter um vínculo de pertinência com a comunidade e suas organizações; e na prática não é o que ocorre, o ACS se mistura e se confunde com tudo que é feito pelo PSF, pelo SUS e pelo Estado.

Embora haja um debate acerca de como qualificar o vínculo do ACS enquanto “profissional”/“trabalhador” da saúde, para os sujeitos entrevistados a preocupação com o vínculo formal de trabalho estava muito mais relacionada à sua proteção trabalhista do que ao seu reconhecimento enquanto “profissional” de saúde, tanto que alguns dos entrevistados nem apresentam interesse em permanecer na área da saúde.

2.5 O PSF no município de São Paulo

Na cidade de São Paulo, o novo modelo de PSF foi implantado a partir de 1995, com a denominação de Projeto Qualidade Integral em Saúde (QUALIS), por meio de ação conjunta entre o Ministério da Saúde, a Secretaria de Estado da Saúde e instituições parceiras sem fins lucrativos. A Casa de Saúde Santa Marcelina, criada em 1912 pela Congregação das Irmãs Marcelinas com ações nas áreas assistenciais e de educação e, posteriormente em 1961, com o Hospital Santa Marcelina em Itaquera, na zona leste do município de São Paulo, no campo da saúde, foi a primeira a formar parceria com a Secretaria Estadual de Saúde (SES), quando esta elaborou o projeto QUALIS para iniciar a implantação do Programa de Saúde da Família, naquela região em 1996. Posteriormente, o mesmo projeto foi implantado em parceria com a Fundação Zerbini com suas atividades começando a ocorrer efetivamente dois anos depois, em 1998. Naquela época, a cidade vivia uma conjuntura política onde o modelo de assistência à saúde implantada pela Prefeitura estava dissociado do SUS (Bourget, 2006, 2005; Silva, 2001).

A partir de 2001, a Secretaria Municipal de Saúde passa a estabelecer um convênio com o SUS assumindo a Gestão de Atenção Básica, sendo extinto

o Projeto QUALIS, e suas Unidades de Saúde municipalizadas (Bourget, 2005). Desde então, a cidade de São Paulo passa a concentrar o maior número de Equipes de Saúde da Família em atividade no país (Bousquat *et al.*, 2006).

Segundo Elias *et al.* (2006), com a municipalização da rede de atenção básica, a partir de 2001, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) estruturou-se administrativamente em cinco Coordenadorias Regionais de Saúde (Leste, Sudeste, Centro-Oeste, Sul e Norte), com 384 unidades de saúde vinculadas a estas, das quais 173 (45%) com PSF. Para implantação do PSF, foram priorizadas as regiões com renda familiar de até cinco salários mínimos, com as Unidades de Saúde da Família (USF) operacionalizadas em parceria da SMS com instituições com atuação na saúde e sem fins lucrativos. Para o funcionamento das unidades PSF, as mesmas contam com ESF, obedecendo à delimitação de área de abrangência com adstrição de clientela.

De acordo com o MS (2008), em março de 2008, existiam 28.335 ESFs constando no SIAB e 220.773 ACSs, em todo o território nacional. No município de São Paulo, segundo a SMS (2008), encontram-se 820 dessas ESFs e 5.739 ACSs, tendo sido autorizada, desde janeiro de 2008, a transformação das equipes de ACSs (PACS) em Equipes de Saúde da Família.

Cada uma das cinco coordenadorias regionais é responsável pela coordenação, articulação e organização do sistema de saúde loco-regional, além da compatibilização dos planos, programas e projetos de saúde em

função das políticas e diretrizes e dos recursos disponíveis em sua respectiva região (SES/SP, 2007).

Sob responsabilidade dessas cinco coordenadorias de saúde do município, encontram-se 215 Unidades PSF, incluindo as mistas, além de três PACSs. Na região Centro-Oeste, encontram-se 15 unidades com PSF (6,98%), na Leste, 54 unidades (25,11%), na Norte, 38 unidades (17,68%), na Sudeste, 36 unidades (17,21%) e na Sul, 71 unidades (33,02%), sendo que nesta última encontram-se também as três unidades PACSs (SMS/SP, 2007).

As regiões Sul e Leste concentram a maior parte das unidades PSF (somadas concentram 58,13% delas), o que, segundo Goldbaum *et al.* (2005), se justifica por serem as áreas mais pobres e populosas do município, em que há uma maior utilização dos serviços, sendo a estratégia do PSF capaz de reduzir o efeito das desigualdades sociais com melhora da equidade.

2.5.1 As características do PSF da Coordenadoria de Saúde Leste de São Paulo

Como já mencionado anteriormente, a zona leste da cidade foi a primeira região a firmar convênio PSF entre as esferas Federal e Estadual, tendo como parceira no município paulistano a Casa de Saúde Santa Marcelina, instituição privada sem fins lucrativos.

Das 215 unidades PSF do município, 54 (25,11%) encontram-se na zona leste de São Paulo (SMS/SP, 2007), sendo que, destas, 11 (dez PSF e uma mista), sob responsabilidade da Supervisão de Saúde do Itaim Paulista. As demais distribuídas entre as supervisões de saúde de Cidade Tiradentes com oito (todas PSF), Ermelino Matarazzo/São Miguel com 12 (dez PSF e duas mistas), Guaianazes com sete (seis PSF e uma mista), Itaquera com oito (uma PSF e sete mistas) e São Mateus com oito (seis PSF e duas mistas) (SMS/SP, 2007).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e a Fundação SEADE (2007), a Coordenadoria Regional de Saúde Leste possuía 2.483.701 habitantes, em 2007. Destes 391.106 faziam parte da Subprefeitura

do Itaim Paulista, distribuídos entre 235.968 habitantes no Itaim e 155.138 no Curuçá.

As unidades de PSF sob responsabilidade da Coordenadoria de Saúde da zona leste contam, além da equipe nuclear, com profissionais da equipe de saúde bucal, de reabilitação e de psicologia.

A zona leste de São Paulo possui uma grande parte das unidades de PSF do município, sendo que boa parcela destas encontra-se na região do Itaim Paulista. Verifica-se neste estudo uma similaridade das unidades, com estabilidade de profissionais, exceto da categoria médica, que por ocasião da coleta de dados, apresentava alta rotatividade de médicos, em especial da Unidade do Jardim Robrú. A parceria com a Casa de Saúde Santa Marcelina, instituição parceira mais antiga no local, permite que os profissionais sejam contratados pela CLT, por tempo indeterminado, garantindo os direitos trabalhistas aos funcionários.

3 A VIDA E A OPÇÃO PELA “PROFISSÃO”

Este capítulo discorre sobre a situação de vida dos ACSs e sua inserção no PSF com base em sua caracterização, como escolheram e se qualificaram para ser ACS, a sua condição de vida antes e depois de se tornarem ACS e o motivo para ser ACS.

3.1 Caracterização dos ACSs

Os dados dizem respeito aos 15 ACSs tomados como sujeitos da pesquisa, e que se encontravam vinculados a uma das duas Unidades PSF eleitas para pesquisa, UBS Jardim Robrú (UBS1) e UBS Jardim Campos (UBS2).

Para qualificação dos sujeitos, foram empregados a sigla ACS e o número correspondente ao ACS respondente pela ordem de realização das entrevistas seguidas pela letra M para mulher e H para homem.

Com o auxílio do quadro 3.1 pôde-se observar que a “profissão” é tipicamente feminina, sendo todos os ACSs do sexo masculino pertencentes à UBS1.

Quadro 3.1 - População e grupo de ACSs entrevistados por UBS

UBS Estudo	Total de ACS	ACSs Entrevistados	Sexo Feminino	Sexo Masculino	Recentes na “profissão”	Antigos na “profissão”
UBS1	24	6	3	3	4	2
UBS2	30	9	9	0	4	5

Quanto ao tempo de permanência na “profissão”, verificou-se um equilíbrio entre os sujeitos, respeitando os critérios estipulados para a amostra, de maior e menor tempo de permanência na mesma, fruto do procedimento metodológico, tal como já referido.

O quadro 3.2 apresenta as características gerais dos ACSs. São adultos jovens, constituindo um grupo que pode ser dividido em três faixas etárias: de 18 a 30 anos (Faixa I), de 31 a 40 anos (Faixa II) e de 41 a 50 anos (Faixa III).

Em relação à situação familiar, dos ACSs entrevistados observam-se sujeitos tanto casados como solteiros e com e sem filhos.

Quadro 3.2 – Características gerais dos ACSs

ACS	Faixa Etária	Sexo	Situação Familiar	Nº de Filhos	Procedência (Estado)	Tempo de moradia no bairro
ACS1	II	Feminino	Casada	Com	DF	II
ACS 2	II	Feminino	Casada	Com	SP	III
ACS 3	I	Masculino	Solteiro	Sem	SP	II
ACS 4	I	Masculino	Solteiro	Sem	SP	I
ACS 5	I	Masculino	Solteiro	Sem	SP	II
ACS 6	I	Feminino	Casada	Com	SP	II
ACS 7	III	Feminino	Casada	Com	PR	II
ACS 8	I	Feminino	Casada	Com	SP	II
ACS 9	I	Feminino	Casada	Com	SP	II
ACS 10	II	Feminino	Casada	Sem	Ba	I
ACS 11	II	Feminino	Casada	Com	Pe	I
ACS 12	I	Feminino	Solteira	Sem	SP	I
ACS 13	II	Feminino	Casada	Com	SP	I
ACS 14	II	Feminino	Casada	Com	MG	I
ACS 15	I	Feminino	Solteira	Sem	SP	I

Tratou-se de **um grupo tipicamente feminino, com mulheres casadas, na faixa etária entre 18 e 30 anos e com filhos**, coincidindo com os achados de Freitas *et al.* (2007), Lunardelo (2004) e Trapé (2005).

Para Bezerra *et al.* (2005), o fato de a maioria dos ACSs ser do sexo feminino pode se dar em função de uma resistência por parte da comunidade ao agente do sexo masculino, enquanto para Nogueira *et al.* (2000) o fato de serem mulheres é devido à oportunidade que estas vêem no exercício dessa função como sua primeira oportunidade de trabalho remunerado.

Os ACSs entrevistados são provenientes dos seguintes Estados: Bahia, Distrito Federal, Minas Gerais, Paraná e **São Paulo**, neste último caso de origem da capital. O tempo de moradia no bairro oscila entre dez e 37 anos, tendo sido classificado de 10 a 20 (faixa I), 21 a 30 (faixa II) e 30 ou mais anos (faixa III).

O quadro 3.3 apresenta as características de habitação dos ACSs, referindo a condição de moradia, o número de moradores em seus domicílios e a situação familiar.

Quadro 3.3 – Características de habitação dos ACSs

ACS	Condição de ocupação	Nº de moradores	Situação de moradia
ACS1	A	II	UF
ACS 2	P	II	UF
ACS 3	P	II	UF
ACS 4	P	II	UF
ACS 5	P	II	UF
ACS 6	C	II	PF
ACS 7	P	II	UF
ACS 8	C	II	PF
ACS 9	A	II	UF
ACS 10	C	I	UF
ACS 11	A	II	UF
ACS 12	P	III	UF
ACS 13	P	II	PF
ACS 14	A	II	UF
ACS 15	P	II	UF

Legenda: P = própria; A= alugada; C= cedida; UF = unifamiliar; PF = plurifamiliar

Quanto à habitação dos ACSs foi citada com maior frequência **a moradia em casa própria**, tendo ainda os que habitam em casa alugada e em casa cedida por familiar. Com relação ao **número de moradores em seus domicílios**, os **entrevistados** referiram a presença que varia de duas a cinco

peessoas habitando numa mesma residência, sendo que, desse total de moradores, estão incluídos os próprios ACSs, sendo identificados em três faixas, 1 a 2 moradores (faixa I), 3 a 4 (faixa II) e 5 ou mais (faixa III). Em relação à situação de moradia, foram classificadas em unifamiliar, com apenas uma família, e plurifamiliar, com mais de uma família habitando na mesma residência ou mesmo quintal.

Observou-se neste estudo que a “profissão” é tipicamente feminina, verificando-se um equilíbrio dos ACSs no tempo de permanência na “profissão”. Os agentes selecionados são adultos jovens, tanto casados como solteiros e com e sem filhos, sendo provenientes de vários Estados, principalmente São Paulo, capital, com a maioria morando em casa própria, com a presença de duas a cinco pessoas numa mesma residência, predominando a situação unifamiliar.

3.2 Conhecimento da “profissão” e qualificação para ingresso

Este tópico tem por finalidade expor o modo como os ACS tomaram conhecimento da “profissão” e se passaram por algum tipo de qualificação para ingresso na mesma e como esta se processou.

O quadro 3.4 mostra características de formação e ingresso dos ACSs em que se observa que tratou-se de um grupo em que os sujeitos entrevistados compreenderam um grupo composto por “profissionais” que possuem 2º grau – ensino médio completo (12), outros com grau superior em andamento (2) e outros com o 1º grau completo (1).

Quadro 3.4 – Características de formação e ingresso

ACSs	Grau de instrução	Atividade profissional prévia	Conhecimento Inscrição	Seleção/ Capacitação	Tempo ACS
ACS1	2º grau	Sim	ACS	Sim /Sim	Grupo II
ACS 2	2º grau	Não	Vizinha	Sim /Sim	Grupo III
ACS 3	Sup. Inc.	Sim	ACS	Sim /Sim	Grupo II
ACS 4	2º grau	Não	Colega/Cartaz	Sim /Sim	Grupo I
ACS 5	2º grau	Sim	ACS	Sim /Sim	Grupo I
ACS 6	2º grau	Sim	ACS/Cartaz	Sim /Sim	Grupo III
ACS 7	2º Grau	Sim	ACS	Sim /Sim	Grupo III
ACS 8	2º Grau	Sim	Cartaz	Sim /Sim	Grupo I
ACS 9	2º grau	Sim	ACS /Cartaz	Sim /Sim	Grupo I
ACS 10	2º grau	Sim	ACS	Sim /Sim	Grupo III
ACS 11	2º Grau	Sim	ACS	Sim /Sim	Grupo III
ACS 12	Sup. Inc.	Sim	ACS	Sim /Sim	Grupo I
ACS 13	1º grau	Sim	Cartaz	Sim /Sim	Grupo II
ACS 14	2º grau	Sim	ACS /Cartaz	Sim /Sim	Grupo III
ACS 15	2º grau	Sim	ACS	Sim /Sim	Grupo I

A partir do quadro 3.4 notou-se que os ACS do grupo estudado tomaram conhecimento das inscrições por intermédio de terceiros (ACS, vizinha e colega) ou por meio de divulgação (cartazes) no bairro. O período de ingresso na “profissão” varia de cinco meses a oito anos, sendo classificados em três

grupos: até um ano (grupo I), de dois a cinco anos (grupo II) e de 6 ou mais anos (grupo III).

Dessa forma observou-se que os ACSs pesquisados possuem um grau de escolaridade acima do exigido pelo MS para atuação na função (Brasil, 2006b; 2002), o que coincide com a pesquisa de Lunardelo (2004) que obteve os mesmos resultados em estudo realizado com ACS de Ribeirão Preto. No entanto, Tomaz (2002) e Ferraz e Aerts (2005), refletem que um maior grau de escolaridade facilita a incorporação de novos conhecimentos pela complexidade e abrangência de suas novas competências profissionais.

Todos os ACS passaram por processo seletivo para ingressarem no serviço. Apesar da multiplicidade de alternativas de vínculo, como afirmado por Nogueira *et al.* (2000), os profissionais aprovados foram todos formalmente contratados pelos dispositivos legais da Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), em parceria com a Casa de Saúde Santa Marcelina, por tempo indeterminado.

Todos os ACS da pesquisa foram submetidos à capacitação. Notou-se, porém, que entre os ACSs mais antigos e os mais novos na “profissão” houve uma variação no período em que foram submetidos à capacitação: os mais antigos participaram do curso introdutório (momento 1) após um (1) a três (3) anos do exercício da “profissão”, embora haja um “profissional” que participou do mesmo no período de sua admissão. Já os “profissionais” com

menos tempo na função foram submetidos ao mesmo curso, antes de ingressarem na “profissão” ou até no máximo um (1) ano após o início do seu exercício.

Quanto à questão da capacitação, a literatura aponta que deveria ser um processo continuado (Fortes e Spinetti, 2004; Silva e Dalmaso, 2002b), facilitando o aprendizado do trabalho em equipe (Tomaz, 2002), desenvolvendo a reflexão crítica da realidade (Fontoura *et al.*, 2004) para o reconhecimento das necessidades da comunidade por meio da instrumentalização fornecida ao ACS para que este apreenda o processo saúde-doença (Duarte *et al.*, 2002; Nunes *et al.*, 2002), podendo resultar daí um processo de valorização profissional (Fontoura *et al.*, 2004), transformando-os em sujeitos pró-ativos (Duarte *et al.*, 2002).

Freitas *et al.* (2007), Duarte *et al.* (2007) e Nunes *et al.* (2002), ressaltam que o treinamento, a capacitação e a educação continuada têm papel relevante para o desenvolvimento do trabalho do ACS, pois são capazes de fornecer a esse trabalhador conhecimentos acerca do processo saúde-doença, em todas as suas dimensões, e outros saberes que o habilitam na interação com as famílias e no reconhecimento de suas necessidades.

Do ponto de vista de Fontoura *et al.* (2004), para que os ACSs não sejam meros transmissores de informações, as capacitações realizadas com esses profissionais devem ser capazes de produzir aprendizagem e conhecimento

para uma atuação crítica e “problematizadora” da realidade vivida pela comunidade.

No entanto, esses mesmos autores apontam como limitações o fato de a capacitação ser fragmentada e desestruturada (Tomaz, 2002), insuficiente (Bachilli *et al.*, 2008), não sendo capaz de articular na prática o aprendizado produzido para uma atuação crítica da realidade (Fontoura *et al.*, 2004).

Duarte *et al.* (2007) criticam o pressuposto da “liderança natural” do ACS na comunidade, presente nos documentos oficiais do MS como atributo para a prática profissional, fundamentada na sua capacidade de comunicação para estimular a co-responsabilidade na melhoria da qualidade de vida e saúde da população, por considerarem que carece de fundamento. E segundo Trapé (2005), com base em sua pesquisa, os ACSs solicitam capacitação técnica para se apoderarem de informações sobre saúde e de instrumentos clínicos para que possam intervir no processo saúde-doença.

Concluiu-se que, apesar da aspiração do ACS pela capacitação, esta ocorre de forma fragmentada, ou seja, de forma pontual sem articulação entre os temas abordados. Em 2007, os ACSs entrevistados passaram pela qualificação do Projeto Ambientes Verdes e Saudáveis (PAVS), tuberculose, amamentação e vacina, o que dificulta uma real articulação teoria-prática.

De acordo com o relato dos ACSs entrevistados, o conhecimento da “profissão” ocorreu por morarem na região onde já se fazia presente esse

trabalhador com suas famílias sendo visitadas pelos mesmos ou por divulgação do processo seletivo. O conhecimento da inscrição ocorreu de forma variada, seja por intermédio de terceiros como por cartazes de divulgação colocados no bairro.

Os ACSs pesquisados possuem um grau de escolaridade acima do exigido pelo MS, todos passaram por processo seletivo para ingressar no serviço, todos foram submetidos à capacitação e o período de ingresso na “profissão” que varia de cinco meses a oito anos.

3.3 A condição de vida dos ACSs

Discute-se aqui se há participação dos ACSs no sustento da família, e as condições em que se processa na possibilidade de sua ocorrência.

De acordo com os relatos dos entrevistados, foi possível constatar que o “trabalho” servia como fonte de renda para garantir, contribuir ou complementar o sustento da família, e/ou também para o próprio sustento.

Para as **ACSs casadas**, o **salário servia para compartilhar a renda** ou se caracterizava **como a principal fonte de recursos financeiros da família**, ou ainda servia como **complementação** da renda familiar, como pode ser constatada nas seguintes falas:

“Meu marido trabalha, tem a renda do meu marido e tem o meu trabalho também”. (ACS 1-M)

“Eu sobrevivo do meu trabalho, meu marido de bico e minha filha também trabalha”. (ACS2-M)

“[...] nós dois trabalha, mas é difícil, como ele, o serviço dele é assim, é um serviço que é autônomo, né, quando ele tem serviço trabalha, quando não tem não trabalha, então praticamente a base de casa sou eu”.(ACS6-M)

“[...] a gente sobrevive do salário dos dois”.(ACS7-M)

“[...] meu esposo trabalha[...] e eu trabalho aqui”.(ACS8-M)

“[...] com a nossa renda”.(ACS9-M)

“[...] Do meu salário e do meu esposo”.(ACS10-M)

“[...] nós dois estamos trabalhando”.(ACS11-M)

“A gente sobrevive do trabalho do meu marido e eu trabalhando como ACS”.(ACS13-M)

“Meu meio de sobrevivência é do meu trabalho e do meu esposo também”.(ACS14-M)

Desde os primórdios de sua implantação, o Programa de Saúde da Família, no Ceará, que parte do pressuposto de priorizar a contratação de mulheres, baseando-se na premissa de que o trabalho possibilita a melhoria de sua condição social, através de um trabalho remunerado, tem possibilitado que as mulheres participem mais ativamente do sustento de suas famílias (Minayo et al., 1990).

Devem-se destacar as análises de Sorj (2005) que apontam para o fato de que o ingresso crescente das mulheres no mercado de trabalho, principalmente as casadas e com filhos, levou as famílias a contar cada vez mais com ambos os cônjuges como provedores. Porém a gestão conjunta dos recursos, embora reflita uma prática mais igualitária do que a administração masculina, compartilhar todos os recursos não significa, necessariamente, maior igualdade. Esse compartilhamento pode indicar um estado de carência de recursos, necessitando da junção do dinheiro para o pagamento das despesas familiares (Araújo e Scalón, 2005). Sorj (2005) acrescenta que as mulheres não estão procurando o mercado de trabalho apenas por necessidades econômicas, mas também para valorizar a independência e a autonomia das mulheres, sendo como afirma Araújo e Scalón (2005) um importante elemento de redefinição de valores.

Para as **ACS solteiras**, o salário **complementava** a renda ou era utilizado, exclusivamente, para seu **próprio sustento**.

“A minha renda é para o meu sustento mesmo”.(ACS12-M)

“Nós sobrevivemos da renda do meu pai, da minha mãe e eu que sou ACS. Meu dinheiro é mais para ajudar na casa”.(ACS15-M)

Para os **ACS homens** entrevistados, o salário servia para **compartilhar** e como **complementação da renda familiar**.

“Com o pouco que eu ganho, minha mãe é aposentada e meu pai paga uma certa pensão”.(ACS3-H)

“[...] seria através do meu salário e do salário do meu pai”.(ACS4-H)

“[...] além da renda do meu pai de aposentado já, meus dois irmãos homens trabalham, eu também trabalho”.(ACS5-H)

Para Araújo e Scalon (2005), a atividade exercida cotidianamente possibilita condições de sobrevivência mais ou menos satisfatórias para si e para seus familiares, com alguma possibilidade de escolha no mercado de consumo.

No estudo de Santos RLA (2005), os ACSs do sexo masculino referem dar valor ao trabalho por este ter permitido sair da condição de desempregado, podendo cumprir com seu papel de provedor e deixam clara sua crença de que o homem precisa de trabalho para ter dignidade, acrescentando, ainda, que em

uma família onde o homem exerce a chefia, o fato de se encontrar desempregado provoca discussão no interior da mesma. Essa obrigação moral de dar conta do sustento da família foi relatada inclusive pelos solteiros.

Tal situação não foi identificada nesta pesquisa, uma vez que os ACSs do sexo masculino, todos são solteiros e moram com a família, não exercendo o papel de provedor principal.

Quanto aos **ACS solteiros** entrevistados, todos **moravam com a família**.

No estudo realizado por Ferraz e Aerts (2005), fica evidente que o poder econômico do ACS é compatível com o da população por ele assistida, tendo em alguns casos papel importante na sustentação de suas famílias.

Com base nos dados fornecidos em ficha de rosto (Anexo C), dos 15 ACSs entrevistados, encontram-se os que não exerceram atividade profissional antes de ser ACS, e aqueles que **já tinham realizado algum tipo de atividade remunerada previamente**.

Na busca pela “profissão”, observou-se um predomínio em função da necessidade de emprego, ainda motivados por outros fatores que serão aprofundados a seguir.

3.4 A vida antes de se tornarem ACSs

Os indivíduos pesquisados, quando questionados sobre suas vidas antes de se tornarem ACSs, referiram **viver no anonimato; desconhecimento do papel real do ACS; falta de amizades; dificuldade financeira em função do desemprego; falta de estabilidade profissional; dificuldade em conciliar trabalho e estudo; falta de maturidade e menor exposição ao estresse.**

“[...] eu nunca tinha ouvido falar de ACS, não sabia o que era essa coisa de agente comunitário de saúde”.(ACS1-M)

“[...] bom, era normal (tranquila), aí depois passei a ser ACS ficou anormal”(ACS2-M)

“[...] eu ficava mais no anonimato, era menos visto pela população”(ACS3-H)

“[...] antes de ser ACS, eu conversava só com algumas pessoas”(ACS4-H)

“Minha vida sempre foi correria no sentido de trabalho, eu sempre assumi uma responsabilidade bem cedo, sempre conciliando trabalho com estudo, talvez antes de eu ser agente comunitário, eu não tivesse esse crescimento pessoal”(ACS5-H)

“[...] muito difícil, procurava emprego e não encontrava. Eu cheguei a trabalhar, mas às vezes não dava nem tempo de chegar pra ir para a escola”. (ACS6-M)

“Eu sempre fui dona de casa e nunca parei de trabalhar, nunca fui uma pessoa que parei dentro de casa sem fazer nada, estava sempre fazendo alguma coisa para vender.” (ACS7-M)

“Eu trabalhava, depois fiquei desempregada...”(ACS8-M)

“Uma vida onde eu era bem menos conhecida na vila onde eu moro”.(ACS9-M)

“Minha vida era mais calma”. (ACS10-M)

“Eu trabalhava muito, sempre trabalhei, sempre me sustentei. Trabalhava e estudava, com dificuldade”.(ACS11-M)

“Eu trabalhava, mas não tinha registro em carteira...”(ACS12-M)

“Minha vida era bem corrida. Eu trabalhava sábado, domingo e feriado, não tinha tempo de ver e conhecer vizinho e a região. Não tinha tempo de conhecer nada”.(ACS13-M)

“[...] era corrida...eu acordava cedo trabalhava. Eu tinha mais tranquilidade. Meu dinheiro era para minha sobrevivência e ajudava em casa também”.(ACS14-M)

“Eu fazia curso de (curso), trabalhei um pouco na área, mas foi temporário e estudava”.(ACS15-M)

Os achados da pesquisa coincidem com o estudo realizado por Freitas *et al.* (2007) em que os ACSs ingressam na profissão pela oportunidade de inserção no mercado de trabalho, desconhecendo o real papel do profissional. Bachilli *et al.* (2008) revelam que os ACSs, quando ainda eram apenas membros da população, tinham uma visão distorcida da função, imaginando um trabalho burocrático e sem envolvimento com os assistidos e com a equipe.

Apesar dos resultados da pesquisa de Bachilli *et al.* (2008) e Freitas *et al.* (2007) referirem a falta de conhecimento do papel do ACS, os entrevistados deste estudo já apresentavam algum conhecimento prévio do papel desempenhado.

3.5 O motivo para ser ACS

Com base nos depoimentos, foi possível observar entre os motivos que levaram os ACSs a optarem pela “profissão”: **opção em função do desemprego**; para **garantir rendimento**; **interesse pela área da saúde**; interesse pela atividade de **caráter altruísta**, possibilitando ajudar o outro; para **se tornar visível na comunidade**; **por trabalhar com público**; **estabilidade profissional**; **proximidade com a residência e interesse pelo desconhecido**. É necessário observar que alguns ACSs citaram mais de um motivo para ingressarem na “profissão”.

No que diz respeito à opção devido ao **desemprego**, os ACS referiram:

“[...] eu não tive interesse pela profissão, minha vizinha que me levou a fazer a inscrição pela oportunidade de trabalho”.(ACS2-M)

“[...] eu procurava emprego”. (ACS6-M)

“Na época eu estava precisando trabalhar e eu me inscrevi”.(ACS11-M)

“No começo eu vim mais por incentivo, mas não era um sonho. Na verdade eu nem sabia o que era a profissão. Eu queria trabalhar para ajudar em casa”. (ACS15-M)

“Na época eu estava sem trabalho e eu sempre trabalhei com a comunidade, eu fazia trabalho voluntário [...] como eu tinha um acesso grande com o público, eu achava que eu me identificaria como agente comunitária”.(ACS14-M)

O desemprego como motivo para se tornar ACS também é um dado relevante nas pesquisas de Bachilli *et al.* (2008), Lunardelo (2004) e Santos RLA (2005). Destaca-se a pesquisa de Santos RLA (2005), em que os ACSs se viram impelidos a ingressar nessa “profissão” devido à situação de desemprego, sendo a função uma saída para suas necessidades de sobrevivência e de suas famílias com um trabalho que não os satisfaz, o que se contrapõe aos achados da presente pesquisa em que, embora também motivados pelo desemprego, o trabalho não se configura como um “peso” para os profissionais.

Foi citada a busca pela “profissão” como saída para **garantir rendimento:**

“[...] nunca fazia uma coisa assim que eu batalhasse para meu próprio sustento e sustento da minha família...”(ACS4-H)

As dificuldades financeiras são citadas na pesquisa de Cheavegatti (2008) como preocupação que precedia o ingresso na profissão.

Alguns ACSs justificaram a escolha da “profissão”, em razão do **interesse pela área da saúde:**

“[...] pela porta que se abria para mim na área que eu gostaria de estudar”.(ACS3-H)

“Bom, na verdade eu sempre me interessei pela área da saúde, então resolvi arriscar, né, realmente, conhecer um pouco mais da profissão”.(ACS5-H)

O interesse pela área da saúde também fica evidente em estudo realizado por Santos LPGS (2005).

Atividade de **caráter altruísta** apareceu entre os fatores de interesse pela “profissão”, como citado na fala de uma ACS:

. “Eu gosto de pessoas, eu gosto muito de gente, eu valorizo amizade [...] eu acho bonito, eu acho interessante o trabalho do agente comunitário, é um serviço muito bonito. Eu via o trabalho do agente comunitário, o trabalho de ajudar o próximo”.(ACS1-M)

A vontade de se tornar **visível na comunidade** pôde ser evidenciada na fala a seguir:

“[...] me interessei porque é um serviço que mexe com a comunidade, todo mundo se conhece se for do bairro, eu me interessei por causa disso”.(ACS6-M)

Assim como na pesquisa de Santos LPGS (2005), os sujeitos deste estudo referiram **interesse** por **trabalhar** com o **público**:

“Eu achava bonito o trabalho delas (ACS), o jeito que vinha e orientava, as abordagens que fazia [...] por conta que eu já trabalhava com o público, é bom trabalhar com o povo, eu gosto do povo”.(ACS7-M)

“Eu sempre gostei de trabalhar com o público, levar informação, poder levar uma solução, vê o sorriso das pessoas, é gostoso isso”.(ACS9-M)

“[...] porque eu já trabalhei com o público, por causa das pessoas”.(ACS10-M)

A motivação pela possibilidade de **estabilidade profissional** foi destacada no estudo de Nogueira *et al.* (2000) que afirmam que os ACSs aspiram por desfrutar de direitos e benefícios ligados à relação assalariada e, conforme relatos encontrados na pesquisa de Santos RLA (2005), embora os ACSs achem baixo o salário recebido, reconhecem a vantagem de não precisar gastar com alimentação e transporte por trabalhar no bairro onde moram.

Na presente pesquisa, a **estabilidade** e a **proximidade da residência** também puderam ser observadas na fala de uma agente:

“[...] Porque é próximo de casa, por ser um trabalho fixo, registrado, pela estabilidade”.(ACS12-M)

Um último fator de incentivo na busca pela “profissão”, citado entre os ACSs foi a **busca pelo desconhecido** que pode ser confirmada nas falas que seguem:

“[...] era uma coisa nova”. (ACS4-H)

“Porque é um serviço novo, nunca pensei em trabalhar como ACS no posto de saúde, mas aí surgiu uma vaga...”(ACS8-M)

“[...] para arriscar o desconhecido, nunca tinha trabalhado na área de saúde e eu achei interessante, achei um ramo bem diferente do que eu fazia”.(ACS13-M)

Embora os ACSs tenham relatado diversos motivos na justificativa da busca pela “profissão”, se destacou a busca de trabalho como o principal motivador.

3.6 Transformações na vida após se tornar ACS

Após assumirem a função de ACS, houve uma mudança em suas vidas, que passou a ser marcada pela **perda da privacidade ao mesmo tempo em que adquiriram popularidade**; pelo **ganho de identidade profissional em detrimento da identidade pessoal**; pela **aquisição de valores referentes ao outro** e à própria vida; pela **maturidade pessoal** adquirida e pela **capacidade para colaborar no sustento da família**.

A **perda da privacidade** citada pelos ACSs e que será abordada em capítulo posterior contrapõe-se à **popularidade** adquirida com a “profissão”, como constatada nas falas dos ACS:

Muitas coisas que as pessoas precisam elas recorrem a você, então fica assim, você não tem uma vida privada. Depois que eu passei a ser ACS, eu não tenho mais uma vida assim, particular. [...] o pessoal me vê só como ACS, não me vê mais nem como vizinha”.(ACS1-M)

“[...] eu consegui adquirir novos amigos”.(ACS4-H)

“Digamos que é um Big Brother da comunidade. A gente fica mais exposto, trabalha perto de casa. Nossa vida fica um pouco exposta para a comunidade porque a gente trabalha 24 horas por dia”.(ACS12-M)

“[...] é diferente porque a gente quase não tem privacidade, porque a gente lida com vizinho, eles sempre estão sabendo da nossa vida, o que a gente faz ou deixa de fazer. É bem difícil”.(ACS15-M)

Embora em suas falas os ACSs se queixassem de uma exposição frente à comunidade que sabe tudo o que eles fazem em seu dia-a-dia, a recíproca é verdadeira, principalmente pelo fato de estes “profissionais” entrarem nas casas dos usuários e ultrapassar as questões de saúde.

Com relação ao **ganho de identidade profissional em detrimento da identidade pessoal**, os ACSs referiram:

“[...] depois que eu passei a trabalhar, eu passei a conhecer todo mundo, sendo assim como um ponto de referência, todo mundo me conhece, onde vou sou reconhecido”. (ACS3-H)

“[...] é mais cobrança, sou mais conhecida na vila e todo mundo não me vê mais como [nome], me vê mais como ACS”.(ACS9-M)

“[...]meu emprego para mim é muito importante, gosto do que eu faço, não só pelo dinheiro, mas gosto do que faço pelas pessoas”.(ACS6-M)

Como evidenciado por Lima e Moura (2005) em sua pesquisa, os agentes perceberam que, após começar a trabalhar como ACS, adquiriram certo *status* na comunidade. Porém, como visto no presente estudo, o ganho de identidade foi conquistado no aspecto profissional, mas ficou comprometido na vida pessoal, enquanto membro da comunidade.

A referência feita sobre a aquisição **de valores referidos ao outro**, foi observada na fala citada abaixo:

“[...] eu comecei a valorizar algumas coisas que eu não valorizava. A história de vida das pessoas, da comunidade, do bairro, né, trouxe um crescimento muito grande para mim. [...] a gente aprende a respeitar as culturas, etnias, religiões, né e isso traz um crescimento muito grande, pelo menos para mim trouxe”. (ACS5-H)

Outro fator citado como de mudança com o exercício profissional foi a aquisição de **maturidade pessoal**, o que pode ser observado nas falas:

“Eu não participava dos problemas dos outros, das dificuldades...não via tão de perto e hoje sim”. (ACS2-M)

“[...] eu aprendi muita coisa. Agora diferencio bastante porque a gente muda muito e quer passar para a população cada pouco que a gente aprende”.(ACS7-M)

“[...] a gente começa ver nossos valores, acaba vendo outros tipos de vida, outros tipos de pessoas e as dificuldades de cada um, então muda a visão. Você muda os valores, começa a valorizar mais o que tem em casa e sua família”.(ACS11-M)

“Eu aprendi a conhecer a região onde eu moro, coisa que não fazia antigamente. Agora eu já conheço muita gente, já peguei muita amizade e adquiri crescimento pessoal”.(ACS13-M)

Como apontado por Ferraz e Aerts (2005), muitos ACSs têm papel importante na sustentação econômica de suas famílias. Nesta pesquisa, a **capacidade para colaborar no sustento da família** também foi referida como importante conquista com o ingresso no serviço.

“[...] percebi algumas coisas referentes à responsabilidade (financeira)”.(ACS4-H)

“[...] antes era só ele (marido) trabalhando, agora os dois [...], é boa”.(ACS8-M)

“Me ajuda financeiramente, embora o salário é pouco, mas minha vida é hoje sendo ACS é estressante”.(ACS10-M)

“Hoje nós dois (ACS e marido) nos ajudamos”.(ACS14-M)

Os ACSs enquanto membros da comunidade apresentavam condições de vida em que a possibilidade de trabalho se fazia muito importante para contribuir no sustento da família. Esse fator, aliado à identificação com a área da saúde e à afinidade com trabalho com o público, induziu esses sujeitos a optarem pelo trabalho, o que causou mudanças positivas em suas vidas, em algumas delas implicando alguma perda, mas que os fez crescer pessoalmente, valorizando sua própria vida e a de seus semelhantes. Bedin (2006) em sua pesquisa também encontrou que os sujeitos, após se tornarem ACSs, passaram por mudanças em suas vidas.

Quando admitidos para o trabalho, os ACSs não possuem saberes técnicos para as diferentes dimensões esperadas para o exercício da função, sendo necessário, para isso, que utilizem o senso comum e também os saberes técnicos emprestados de outros profissionais (Silva e Dalmaso, 2002b). Essa falta de conhecimento técnico pode causar insegurança até que dominem sua atividade.

Uma transformação referida pelos ACSs da presente pesquisa foi relacionada à segurança no trabalho, desde a fase inicial do trabalho até se passar certo período de exercício da atividade.

A **falta de segurança** na fase **inicial** foi classificada como **técnica** e ainda relacionada à **aceitação da comunidade**. A insegurança frente ao posicionamento da comunidade ocorria, pois temiam não ser bem aceitos pela população. Sendo o motivo atribuído para a não-aceitação o fato de a população estar acostumada com a ACS anterior, a falta de contato com a comunidade em razão do curto período em que o “profissional” estava morando no bairro, e também o medo de não ser capaz de realizar uma boa abordagem das famílias, devido à retração do “profissional”.

“Quando eu comecei a trabalhar, a insegurança, é assim, a aceitação porque mudou de uma pessoa para outra. Eles estavam acostumados com uma agente [...], eu era nova ali”.(ACS1-M)

“[...] eu chorei no primeiro dia”.(ACS2-M)

“No começo é complicado você bater na porta de alguém que você não conhece[...]”.(ACS3-H)

“[...] posso dizer que eu me senti meio com medo de errar...”(ACS4-H)

“Olha, no começo eu diria que estava um cego no tiroteio [...], eu tive bastante dificuldade porque é uma profissão que você entra na casa da pessoa [...], tem que fazer uma investigação familiar e eu era meio travado em relação a isso”.(ACS5-H)

“Não, não tive segurança porque assim, conforme eu comecei ali no bairro, tinha pouco tempo que eu estava morando lá, naquela microárea, então foi mais difícil lidar com as pessoas.[...] você entrar na casa da família, é um vínculo que você tá criando,

então tem que ter confiança, passar segurança, porque não havia esse serviço na área, então eles (população) acharam estranho chegar uma pessoa [...] foi bem no início”.(ACS6-M)

“Não me senti segura, eu tinha dificuldade de entender tudo, o funcionamento da unidade[...]”.(ACS7-M)

“[...] No começo não sabia mexer em nada (preenchimento das fichas), fiquei meio nervosa, meio perdida”.ACS8-M)

“Tive bastante insegurança.[...] o momento 1(um) foi o que me ajudou mesmo. No início você não tem as informações para as pessoas...”(ACS9-M)

“Não tive, porque não sabia bem o que fazer”.(ACS10-M)

“Não, primeiro porque a gente não tem essa preparação, eu comecei a trabalhar para depois fazer o momento 1 (um). No início você entra sem idéia, um pouco, do que é o trabalho do agente comunitário”.(ACS12-M)

“Não, mesmo tendo sempre a companhia das meninas da equipe. Como eu nunca tinha trabalhado nesse ramo, era difícil saber ajudar as pessoas”.(ACS13-M)

“Não, não é tão fácil porque vai entrar na casa de cadastrados[...] a abordagem do cadastrado, da família não é fácil”.(ACS14-M)

“[...] no começo eu fiquei meio insegura porque eu não sabia qual a reação das pessoas, de aceitação”.(ACS15-M)

Para Pedrosa e Teles (2001), na **fase inicial**, a **insegurança** pode ser sentida em razão da desconfiança por parte das famílias.

Outro fator que apareceu como responsável pela **insegurança** se deu por questão de **gênero**, devido à dificuldade dos “profissionais” do **gênero masculino** para **entrar na casa das famílias**. Tal insegurança foi referida por dois dos três homens entrevistados.

“[...] o fato de eu ser homem também [...] as mulheres em casa e os maridos trabalhando, aí eu vou e bato na porta, vou entrar e conversar com a mulher sobre assuntos que nem todas as mulheres se sentem seguras para falar [...] no começo é bem complicado mesmo”.(ACS3-H)

“[...] no começo eu achava que as pessoas não iam ter confiança de abrir a porta para um homem, porque boa parte dos ACSs aqui do posto, é do sexo feminino. No começo até olharam meio estranho, mas foi só os primeiros dias”.(ACS4-H)

Quando o ACS percebe seu papel junto à comunidade com receptividade por parte dos usuários e com reconhecimento de seu “trabalho” por parte destes, sua auto-estima é aumentada, conferindo a ele maior segurança.

Com o **passar do tempo**, após adquirirem certo grau de experiência, os “profissionais” afirmaram **segurança** tanto na parte **técnica** como na **aceitação** por parte da comunidade, o que foi relatado inclusive pelos “profissionais” mais recentes na “profissão”.

“[...] desempenho meu papel, eu sou segura do que eu faço, mesmo porque eu tive alguns cursos de capacitação, aprendi alguma coisa, então eu sou segura no que eu faço, nas orientações que eu passo[...]”(ACS1-M)

“Tenho bastante segurança hoje”.(ACS2-M)

“Hoje eu tenho sim, talvez o meu estilo de trabalhar, a espontaneidade mesmo, sou bem “entrão”, consigo hoje, todo mundo conversa”.(ACS3-H)

“[...] quando eu peguei e falei pra mim mesmo: tenho que pegar e começar a fazer sozinho, por causa que eu tenho que mostrar pra mim mesmo que eu consigo fazer, porque se eu não adquirir confiança em fazer sozinho, eles têm como prejudicar o meu lado, e quando você tem alguém ao seu lado, às vezes assim, a pessoa trabalha na questão de supervisionar, você acaba se

retraindo um pouco e eu tentei quebrar um pouco esse vínculo”(ACS4-H)

“[...] hoje eu posso dizer que eu aprendi bastante coisa, mudou muito essa questão de ter um conteúdo pra você trabalhar, de você ter um conteúdo do que buscar já na casa, então mudou bastante”.(ACS5-H)

“Ah, é ótima assim, porque eu vou na casa das famílias mesmo, mas às vezes eu já chego, aí eu vou bato na porta, elas já me mandam entrar, eu não fico esperando no portão”.(ACS6-M)

“[...] agora me sinto bastante segura [...], eu estou fazendo o curso técnico do agente comunitário e descobri várias coisas até sobre o SUS. Eu perguntei por que eles não davam esse curso desde quando a gente entrasse para trabalhar, porque esse curso ensina muito a gente, me ensinou muita coisa”.(ACS7-M)

“[...] agora com dois meses, estou conhecendo um pouco das famílias, estou me achando, de pouquinho, mas estou me achando”.(ACS8-M)

“[...] agora sim, me sinto segura [...], acho que depois desse momento um foi o que me ajudou mesmo. Com o passar do tempo você vai aprendendo a cada dia responder o certo, não responder com medo”.(ACS9-M)

“Agora sim”.(ACS10-M)

“Eu tenho um pouco mais de preparação psicológica e de tanta experiência que a gente já teve indo visitar as pessoas eu acho que eu me sinto mais segura hoje ao passar as orientações”.(ACS12-M)

“Eu acho que a segurança hoje está melhor e eu aprendi a conviver com as situações das pessoas”.(ACS13-M)

“[...] tenho total segurança para conversar qualquer assunto, qualquer assunto que o cadastrado precisar eu sei me sair muito bem”.(ACS14-M)

“Hoje eu tenho”.(ACS15-M)

Foi relatada também **segurança**, na fase **inicial**, pela orientação recebida da enfermeira da equipe, podendo sair para a rua depois de um período de permanência na função.

“[...] me senti segura porque eu fiquei quase três meses aqui dentro, eu não fui para a rua, só aprendendo. A enfermeira que me ensinou tudo. Quando eu fui para a rua eu já sabia como preencher uma ficha, como fechar uma diária e como fechar uma mensal”.(ACS11-M)

Houve referência de **insegurança** após **longo período de atuação como ACS**, mas em **função da cobrança** por demanda de trabalho e não em razão de dificuldades técnicas ou de aceitação.

“[...] eu acho que segura ninguém está porque hoje em dia não estão visando qualidade, mas quantidade. Se eu falar que estou me sentindo segura é mentira. Não me acho segura nesse parâmetro”.(ACS11-M)

Neste estudo pôde-se observar que essa “categoria profissional” é composta por adultos jovens que buscam uma “profissão” nova, embora a mesma já seja conhecida por alguns, permitindo que executem sua função na área com a qual referem ter afinidade como é o caso da saúde, em trabalho que necessite de contato direto com público, podendo se sentir visíveis na comunidade e participar do sustento da família por meio de um trabalho que lhes proporcione estabilidade profissional.

O desempenho dessa função e a proximidade com as famílias atendidas fizeram com que os “profissionais” passassem por um crescimento pessoal, ampliando seus valores com referência a si e aos outros; porém, em contrapartida, a popularidade conquistada levou à perda de privacidade, assim como o ganho de identidade profissional se sobrepôs à identidade pessoal. A experiência adquirida com o passar do tempo foi conferindo a esses “profissionais” maior segurança na realização de suas atividades e no relacionamento com a população.

4 O “TRABALHO” DO ACS

Neste capítulo são discutidos os aspectos relacionados ao “trabalho” do ACS como fonte de desgaste e fortalecimento na “profissão”; o relacionamento interpessoal com os membros da equipe, com a população e com a família; a relação dos ACSs do sexo masculino com uma atividade que visa ao cuidado e a suas perspectivas profissionais futuras.

4.1 Fonte de insatisfação em ser ACS

Os “profissionais” entrevistados citaram como **fonte de insatisfação** no “trabalho” a **falta de privacidade**, a **falta de autonomia** para **solucionar problemas** que se encontram **fora do alcance do “profissional”**, a **falta de reconhecimento “profissional”**, o **desgaste emocional e físico**, a **falta de retorno financeiro**, a **falta de condições de trabalho** e a **cobrança no “trabalho”**.

Um dos principais fatores de insatisfação no “trabalho” citado entre os ACSs foi a **falta de privacidade**, conforme as falas a seguir:

“[...] aquele negócio da privacidade”.(ACS1-M)

“É eu não poder ser eu mesma, devido ser ACS”.(ACS9-M)

“Insatisfatório é a falta de privacidade, no sentido pessoal e profissional porque o trabalho aqui afeta um pouco a vida íntima”.(ACS12-M)

“É mais a falta de privacidade mesmo e muita cobrança dos vizinhos (usuários). De não ter nossa própria vida, de não poder fazer certas coisas porque o ACS é observado 24 horas, mesmo no final de semana”.(ACS15-M)

Em estudo realizado por Cheavegatti (2008), Lunardelo (2004), Nunes *et al.* (2002) e Wai (2007), a falta de privacidade também surgiu como fator de insatisfação no trabalho, uma vez que a população faz solicitações a esses profissionais em qualquer horário. Para Nunes *et al.* (2002), a excessiva valorização afetiva, na relação entre o ACS e os moradores e o destaque que estes colocam à vida pessoal dos agentes induzem a um controle sobre a vida privada dos profissionais. Wai (2007) acrescenta que a vigilância sobre seu modo de viver e de agir confere aos agentes a sensação de terem perdido a liberdade onde moram. Além do controle sobre suas vidas, a exigência por parte da população de disponibilidade integral dos profissionais é vista na pesquisa de Cheavegatti (2008) como fonte de desgaste pelos profissionais que, muitas vezes, segundo Cheavegatti (2008) e Lunardelo (2004) apresentam dificuldade em impor limites aos usuários.

A isso se somou a **falta de autonomia** para **solucionar problemas** que se encontram **fora do alcance do “profissional”**:

“Uma pessoa pede a nossa ajuda e a gente não consegue solucionar, eu fico decepcionada com a resolução”.(ACS1-M)

“É a impotência de não poder ajudar”.(ACS2-M)

“[...] às vezes você sente uma situação de frustração, porque você não conseguiu atingir seu objetivo. [...] você vê tantos problemas e não consegue resolver muita coisa [...] (ACS4-H)

“[...] talvez fosse o retorno um pouco defasado, por parte médica ou do sistema mesmo que não funciona direito”(ACS5-H).

“Insatisfatório é quando tem um problema de uma pessoa que às vezes você percebeu alguma coisa, que aquela pessoa está doente, você tentou ajudar, mas demorou a chegar o que ela precisava e fica difícil pra ela, o tratamento e a saúde dela”.(ACS7-M)

De ruim...a falta de resolução. Às vezes a coisa é urgente, a gente sabe que é urgente, mas não sai, fica ali parado e as cobranças começam porque você tem que dar conta daquele problema, mas como dar conta se o problema já saiu do teu alcance?”.(ACS11-M)

“É em relação aos encaminhamentos, a dificuldade de ver um paciente que precisa de um encaminhamento rápido para atendimento de uma especialidade ficar ali 1 ano, 2 anos na espera. É essa mesmo, a demora do tratamento”.(ACS14-M)

Estudo realizado por Jorge et al. (2007) aponta que os ACSs entendem o PSF como primeiro contato da rede de serviços e o caminho para se chegar ao atendimento de maior complexidade para garantir a resolubilidade na cadeia do sistema; porém esses profissionais deparam com problemas de hierarquização na rede de serviços de saúde que dificultam o acesso da população, fugindo ao

seu grau de governabilidade. Tanto a morosidade do sistema de saúde como a inexistência de serviços para encaminhar a população (Sousa, 2007) dificultam que se responda a todas as demandas (Wai, 2007) que muitas vezes os ACSs julgam como responsabilidades suas (Trapé, 2005), fazendo-os competir consigo mesmo na busca de solução que se encontra na organização do sistema (Martines e Chaves, 2007). Freitas *et al.* (2007) apontam que a dificuldade em resolver os problemas de saúde da comunidade gera insatisfação com a profissão.

De acordo com Bachilli *et al.*, 2008; Duarte *et al.*, 2007; Fontoura *et al.*, 2004; Trapé, 2005 e Wai, 2007, outra causa de frustração e impotência é a falta de solução com a qual os ACSs se deparam frente a questões difíceis da realidade. Os problemas sociais, dentre eles a fome, a miséria, o desemprego e a falta de higiene são vistos por esses profissionais como limitadores de sua práxis e sobre os quais não podem interferir diretamente (Bachilli *et al.*, 2008; Duarte *et al.*, 2007), onde a única forma de cuidado é o saber ouvir, da qual os ACSs se valem na esperança de gerar possibilidades e oportunidades (Duarte *et al.*, 2007).

A **falta de reconhecimento profissional** foi outro fator de insatisfação no “trabalho” e sobre a qual os ACSs afirmaram:

“Insatisfatório é ver essa falta de reconhecimento [...]”. (ACS6-M)

Para Cheavegatti (2008), pela inserção do ACS na unidade ser uma novidade, ainda não há um real entendimento do seu significado, o que dificulta o reconhecimento do trabalho desses profissionais e, para que seu trabalho seja reconhecido, é necessário que tanto os demais profissionais como a população tenha um maior entendimento do papel dos agentes. Já com base nos resultados da pesquisa realizada por Wai (2007), é a dificuldade em intervir na organização do sistema de saúde para garantir a resolutividade dos problemas que faz com que os usuários vejam seu trabalho como ineficiente, diminuindo sua credibilidade nos agentes, o que também é citado por (Cheavegatti, 2008).

O **desgaste emocional e físico** também foi citado entre os agentes como fonte de insatisfação no “trabalho”.

O **desgaste emocional** foi assim citado:

“[...] quando visita as pessoas, acaba você se tornando uma pessoa confiante delas. [...] acaba escutando os problemas delas, e conforme você vai escutando muito disso, acaba você adquirindo um fardo emocional.”(ACS4-H)

“A profissão de agente comunitário mexe com o sentimental/psicológico da pessoa [...] tem muito ACS com problema psicológico e problema na vida pessoal por causa do trabalho.”(ACS12-M)

“A sobrecarga, você se desgasta muito mentalmente”. (ACS13-M)

Seabra (2006) e Wai (2007) também observaram em suas pesquisas a presença de desgaste emocional entre os ACSs, onde a relação estabelecida com os usuários e o envolvimento com as histórias destes acarretam carga emocional, que é sentida pelos ACSs, e como complementado por Silva e Dalmaso (2002b), embora uma parte significativa dos agentes considere seu trabalho gratificante, sua atuação implica envolvimento pessoal e desgaste emocional. Silva e Dalmaso (2002b) acrescentam ainda que, além do desgaste sentido pelo envolvimento com a comunidade, os agentes referem ansiedade na sua relação com a equipe, principalmente quando se sentem pressionados entre ambos.

Em oposição ao encontrado por Silva e Dalmaso (2002b), neste estudo pôde-se notar que os ACSs só referiram desgaste com relação ao envolvimento com as famílias.

Já o **desgaste físico**, como colocado por Silva e Dalmaso (2002b), é ocasionado em função da disputa pelo tempo de trabalho que cada ACS emprega na realização de suas diferentes funções, enquanto, no estudo de Cheavegatti (2008), os entrevistados referem que a necessidade de realizarem atividades que fogem à sua competência, a falta de clareza de seu papel, as condições adversas do calçamento, a permanência em posições incômodas em locais inadequados para realizar o cadastro e o fato de andar muito são os causadores de desgaste no corpo.

Nesta pesquisa, o desgaste físico foi atribuído ao fato de andar muito para realizar as VDs:

“É cansativa pelo fato de andar o tempo todo”.(ACS8-M)

A **falta de retorno financeiro** encontrou-se entre um dos condicionantes de insatisfação com a “profissão”, podendo ser constatado nas falas:

“Olha, na profissão, a desvalorização salarial (financeira) da profissão”. (ACS5-H)

“O salário um pouco defasado”. (ACS6-M)

“Insatisfatório o salário, nunca repõe o que você precisa”. (ACS13-M)

Cheavegatti (2008), Kluthcovsky *et al.* (2007), Nunes *et al.* (2002), Pedrosa e Teles (2001), Seabra (2006) e Wai (2007) relatam, com base nos achados de suas pesquisas, que os ACSs estão insatisfeitos com o salário, julgando-o insuficiente para o trabalho realizado. Pedrosa e Teles (2001) salientam ainda que esses profissionais sugerem um incentivo salarial para se sentir valorizados.

Como apontada na fala a seguir, a **falta de condições de “trabalho”**, contribuiu para a insatisfação no “trabalho”:

“[...] a falta de condições de trabalho para os profissionais”. (ACS5-H)

Como exposto por Martines e Chaves (2007) e Trapé (2005), as dificuldades encontradas estão relacionadas à organização do trabalho na unidade, como o fluxo de informações, o espaço físico insuficiente para trabalhar e a quantidade de serviço burocrático. Os ACSs do estudo de Trapé (2005) consideram a falta de respaldo na realização de seu trabalho.

A **cobrança no “trabalho”**, também, foi relatada por alguns “profissionais” como fonte de insatisfação, sendo esta cobrança de ordem geral, por produtividade e por resolubilidade, como observada nas seguintes falas:

“Cobrança”.(ACS10-M)

“[...] muita cobrança em cima de pouco resultado”.(ACS3-H)

“[...] o trabalho me estressa. O jeito das cobranças, da forma que colocam as coisas, isso me estressa, porque dá para ver claramente que eles (empregador) não conhecem o trabalho da gente. É toda hora querendo que a gente prove o que está fazendo, que prove isso e aquilo [...]” (ACS11-M).

“ [...]a cobrança da população. A cobrança de algo que você não pode estar oferecendo, às vezes, pelo que você tem em mãos, você não pode oferecer aquilo que a pessoa precisa”(ACS9-M).

“As cobranças de coisas que não implicam na agente comunitária, porque às vezes a gente é cobrada por coisas que não são da nossa área, isso é um pouco ruim”.(ACS12-M)

A cobrança por produtividade também é apontada por Cheavegatti (2008), Ferraz e Aerts (2005) e Freitas *et al.* (2007) que concordam que por ser

a VD uma das principais atividades dos agentes, isso faz com que exista uma exigência numérica para o cumprimento da meta mensal, podendo comprometer o trabalho desses profissionais. Para a maioria dos agentes, não é possível visitar todas as famílias mensalmente (Ferraz e Aerts, 2005), sentindo-se pressionados por produtividade, ditada pela lógica da organização de trabalho que privilegia a quantidade em detrimento da qualidade (Cheavegatti, 2008).

Martines e Chaves (2007), Sousa (2007) e Trapé (2005), com base em suas pesquisas, afirmam que por fazer parte da comunidade, mantendo um vínculo de amizade com esta, faz com que os ACSs sejam os primeiros profissionais a ser procurados pela população, para reclamação ou solução de problema. Essa proximidade os impele a responder a solicitações dos usuários em horários e locais impróprios (Sousa, 2007; Trapé, 2005), e, muitas vezes, os agentes não possuem a solução para responder às necessidades da população, sendo responsabilizados pelos usuários pela insatisfação de suas demandas, fazendo-os viver em um território de tensões (Martines e Chaves, 2007). Segundo Cheavegatti (2008), essa pressão é percebida em virtude do excesso de cobranças advindas não só dos usuários como da unidade de saúde, sendo motivo de desgaste e insatisfação para os agentes (Cheavegatti, 2008).

Embora Seabra (2006) considere que as solicitações recebidas para o cumprimento de deveres, em alguns casos difíceis de realizar, sejam vistas

como pressão, Trapé (2005) afirma que a cobrança por parte da população expressa o reconhecimento e valorização do trabalho dos agentes.

Acredita-se ser de relevante importância uma maior atenção aos fatores de insatisfação no trabalho, pois as causas de desmotivação podem comprometer a atuação profissional, como afirma Freitas *et al.* (2007) e interferir na qualidade de vida dos trabalhadores (Kluthcovsky *et al.*, 2007).

4.2 Fonte de satisfação em ser ACS

Como fatores que levam à **motivação no “trabalho”**, os participantes citaram o **enriquecimento do conhecimento**, a **socialização**, a **resolução dos problemas** e o **reconhecimento da comunidade**. Para alguns ACSs, existe mais de um motivo de satisfação no exercício da “atividade profissional”.

O **enriquecimento do conhecimento** encontrou-se entre os fatores de satisfação no “trabalho”, podendo ser confirmado nas falas abaixo:

“[...] de você expandir seu conhecimento, muitas coisas que eu não sabia eu aprendi na profissão, enriquecimento de conhecimentos”.(ACS1-M)

“[...] que eu estou aprendendo bastante coisa”.(ACS8-M)

“[...]o fato de estar sempre aprendendo coisas [...]. É bom estar sempre aprendendo a lidar com as pessoas, porque não é fácil”.(ACS11-M)

“[...] o conhecimento, porque eu tinha pouco conhecimento na área da saúde [...]”(ACS12-M)

Assim como na presente pesquisa, o enriquecimento do conhecimento também foi mencionado pelos entrevistados do estudo de Bachilli *et al.* (2008) e

Trapé (2005), revelando uma modificação de postura pelos ACSs a partir da apropriação do conhecimento formal (Bachilli *et al.*, 2008) e o crescimento individual adquirido por meio de troca de conhecimento entre os profissionais (Bachilli *et al.*, 2008; Trapé, 2005), com melhor compreensão da amplitude do seu papel e dos aspectos relacionados à saúde (Bachilli *et al.*, 2008).

A inserção no serviço, para alguns ACSs, possibilitou uma maior **socialização**:

“As amigas que eu fiz”.(ACS1-M)

“[...] o contato com a população, é muito gostoso. Você acaba tendo um vínculo com a população que te trata como amigo”.(ACS6-M)

“[...]as novas amigas”.(ACS8-M)

“As amigas”.(ACS10-M)

“[...] a única coisa que eu acho positiva são as amigas que eu consegui aqui dentro”.(ACS12-M)

“[...] me relacionar com os meus cadastrados.”(ACS14-M)

“[...] aprende a lidar melhor com as pessoas”.(ACS15-M)

O ingresso na profissão permite uma nova relação do ACS com a comunidade (Nogueira *et al.*, 2003), facilitando o trabalho e tornando-o respeitado (Lima e Moura, 2005). Esse relacionamento com pessoas e a possibilidade de comunicação foram vistos também no estudo de Trapé (2005) como pontos positivos do trabalho do ACS, uma vez que, segundo Bachilli *et al.* (2008), a experiência e a identidade dos agentes se revelam no

estabelecimento de vínculo. Para Cheavegatti (2008), a possibilidade de socialização representa um importante papel fortalecedor para os agentes, ainda mais que são vistos pelos usuários como pessoa da comunidade, quando fora do expediente de trabalho.

Já com relação à **resolução dos problemas**, os agentes apontaram:

“A satisfação de quando o trabalho foi realizado”.(ACS2-M)

“Vejo de bom que a gente pode ajudar a população que é totalmente leiga em alguns assuntos. A gente pode orientar, tentar de alguma forma fazer o melhor, esclarecer, tirar algumas dúvidas, diminuir o sofrimento de cada um”.(ACS3-H)

“[...] é o fato de você poder ajudar a comunidade em algumas dificuldades [...]” (ACS5-H)

“[...] é você sair e conversar e você orientar. Quando você percebe que a pessoa pega a orientação que você deu. Quando você tenta ajudar uma pessoa e você percebeu que a pessoa foi ajudada, é muito satisfatório”.(ACS7-M)

“[...] conseguir ajudar as pessoas, você conhecer o caso das pessoas [...]”(ACS13-M)

“[...] de ver as pessoas mudando, em relação a tudo [...]”(ACS14-M)

Assim como na pesquisa de Bachilli *et al.* (2008), os entrevistados deste estudo afirmaram que conhecer pessoas e poder ajudá-las gera uma gratificação. No estudo de Nunes *et al.* (2002), existem menções por parte dos ACSs, da ampliação do seu poder de resolubilidade após serem incluídos no PSF, com aumento do prestígio social para alguns ACSs devido ao acesso

privilegiado a outros profissionais e ações de saúde, o que cria nos moradores uma maior confiança quanto à possibilidade de resolução dos problemas.

Um outro fator de satisfação citado pelos ACSs foi o **reconhecimento da comunidade**:

“Quando as pessoas vêm agradecer de algo bom que você conseguiu pra elas, que elas sabem reconhecer o seu trabalho, ao invés de fazer crítica, cobrança, elas entendem e ficam felizes com o trabalho que você está fazendo”.(ACS9-M)

As falas acima corroboram as conclusões de Pedrosa e Teles (2001), quando afirmam que os ACSs manifestam perceber a valorização por parte da comunidade pelo trabalho realizado, coincidindo também com os achados de Bachilli *et al.* (2008) e Trapé (2005), onde os agentes admitem que o elogio e o reconhecimento por parte da população tornam seu trabalho gratificante.

Percebeu-se, assim, que a ampliação do conhecimento, permitindo um melhor desenvolvimento de suas atividades que possibilita uma maior contribuição na resolução dos problemas da comunidade com seu desempenho reconhecido e a possibilidade de vínculo de amizade com a população, quando esta os vê não somente como “profissional”, mas como membro da comunidade, gera satisfação nos ACSs tornando-os motivados a realizar seu “trabalho”.

4.3 Relacionamento interpessoal

Nesta pesquisa foi abordado o relacionamento mantido entre os ACSs com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, bem como com a população por eles atendida e com suas próprias famílias.

Para Kluthcovsky *et al.* (2007), o relacionamento dos ACSs com a população e com os demais membros da equipe tem sido muito estudado nos últimos anos, uma vez que a organização do trabalho no PSF está relacionada com a qualidade da relação vincular da equipe entre si e desta com as famílias (Martines e Chaves, 2007), onde o vínculo é um pré-requisito para se atingir os objetivos no PSF com a afetividade gerando abertura para a concretização das ações (Bedin, 2006). É importante destacar, ainda, a relação das próprias famílias dos ACS com esses “profissionais”, na tentativa de identificar se há colaboração por parte dos familiares, para que os agentes possam desenvolver suas atividades de “trabalho”.

4.3.1 Relacionamento com a equipe de saúde

O trabalho integrado da Equipe de Saúde da Família permite que os profissionais desenvolvam suas atividades com parceria e complementaridade, por meio de troca de experiências e conhecimento (Cardoso, 2004), necessitando que haja transparência entre os colegas, garantindo confiança entre estes, para que o resultado do trabalho possa trazer impactos positivos (Valentim e Kruehl, 2007). Para esses autores, a quebra de confiança entre os membros da equipe pode gerar conflitos durante o trabalho, comprometendo seu resultado. Nesse sentido, a figura do agente comunitário de saúde ganha certo destaque, pois, de acordo com achados do estudo de Jorge *et al.* (2007), é ele quem realiza a função de articulador de escuta e fala, facilitando o vínculo inter pessoal entre os membros da equipe e as famílias e, como aponta Valentim e Kruehl (2007), a falta de confiança dos ACSs na equipe pode comprometer a utilização desta por parte da população.

Neste estudo, quando solicitados que falassem sobre seu relacionamento com outros profissionais, eles referiram **bom relacionamento** e mencionaram a **presença e ausência de apoio no “trabalho”**.

A **colaboração foi percebida** como sendo proveniente **inclusive dos profissionais universitários**.

“Tenho sim, tenho dos outros agentes, na medida do possível da enfermeira, do médico[...]”(ACS3-H)

“Tenho tanto da enfermeira como dos auxiliares, os outros ACSs, que são meus colegas de trabalho. Sempre que tenho alguma dúvida ou alguma dificuldade, eles sempre estão dispostos a ajudar”.(ACS4-H)

“Tudo assim que a gente faz é na base da equipe, não resolvo nada sozinha, sempre com a equipe junto, médico, enfermeira, os outros ACSs também, não tenho nada a dizer”.(ACS6-M)

“[...] eu tenho colaboração da enfermagem, dos próprios colegas (ACS), tem uns que ajudam muito, e dos próprios médicos também”.(ACS7-M)

“Tenho. No geral, mesmo sendo de outras categorias. Às vezes eu pergunto alguma coisa que eu não sei e sempre me respondem, são bem educadas”.(ACS8-M)

“[...] tenho bastante, nesse ponto não tenho do que reclamar, sempre obtenho resposta de todos os profissionais da equipe”.(ACS9-M)

“Na minha equipe não tem esse tipo de problema, dá para contar com colegas da mesma categoria, enfermeira e médico”.(ACS11-M)

A **colaboração**, quando **percebida**, também foi relatada como **não sendo plena**, principalmente por parte dos **profissionais universitários**.

“[...] da categoria agente comunitário sempre há colaboração, por parte da enfermagem é um pouco mais complicado e em relação aos médicos ainda falta um pouco de boa vontade também”.(ACS5-H)

“[...] da categoria a gente tem, mas de outros profissionais da equipe é difícil”.(ACS12-M)

Estudos realizados por Seabra (2006) e Trapé (2005) concordam com a existência de hierarquia dentro da ESF. Para Trapé (2005), fica evidente que o ACS é submetido aos comandos dos profissionais que realizam a parte intelectual do trabalho. Já Seabra (2006) identificou que, embora os profissionais refiram encontrar dificuldades para trabalhar em equipe, não havendo integração entre os saberes, com predominância de hierarquia entre os profissionais de ensino superior, a maioria dos profissionais reconhece e valoriza o trabalho em equipe.

Bedin (2006) aponta que a subordinação do ACS ao poder da enfermeira deixa evidente uma sobreposição de poder dentro da equipe e ressalta que a falta de parceria entre os profissionais impede que a proposta do PSF cumpra seus objetivos.

Já Cardoso (2004) afirma que, no trabalho em grupo, pode haver certa tensão devido à diversidade de opiniões, e quando há hierarquia de poder, essa situação pode ser agravada.

No estudo de Pedrosa e Teles (2001), os ACSs avaliaram de forma positiva o relacionamento com a equipe, mesmo tendo problemas na relação com os médicos; já no relacionamento com as enfermeiras, as opiniões de dividiram.

Para Nunes *et al.* (2002) e como lembrado por Jorge *et al.* (2007), quando os ACSs passam a dividir com outros membros da equipe, principalmente com médicos, o seu prestígio na comunidade, cria-se um conflito de poder, mas é ressaltado que, apesar desse conflito, o PSF é um espaço privilegiado de interação entre os profissionais, integrando os diferentes sujeitos. Torna-se importante para tanto que os demais profissionais respeitem e considerem o conhecimento do ACS para que construam juntos um novo conhecimento para que se avance em direção aos propósitos do serviço (Bedin, 2006).

Quando o **apoio não foi percebido**, a **falta de colaboração** foi atribuída aos **profissionais de todas as categorias**.

“Não tem colaboração cem por cento, no geral”.(ACS2-M)

“Da categoria tem colaboração de algumas, da equipe algumas[...]”(ACS10-M)

“[...] não, não tem colaboração, nem dos próprios ACSs”.(ACS13-M)

Para Cheavegatti (2008), a falta de escuta a que estão submetidos os ACSs pode estar relacionada à sua autonomia reduzida no interior da equipe e ao não-reconhecimento da importância do seu papel no serviço de saúde.

Foi ainda relatada a **colaboração dentro da própria equipe, sem mencionar a categoria** dos profissionais.

“A minha equipe, a gente trabalha muito assim, em grupo, então a gente trabalha muito junto, pelo menos a minha equipe”.(ACS1-M)

Na pesquisa realizada por Cheavegatti (2008), a solidariedade no desenvolvimento do trabalho entre os membros da equipe foi definida como elemento fortalecedor, embora alguns ACSs tenham referido que isto só ocorria no âmbito da própria categoria.

No estudo efetuado por Wai (2007), compartilhar os problemas cotidianos com outros ACSs foi apontado como um dos mecanismos de defesa frente à sobrecarga advinda do trabalho.

A **colaboração** foi **percebida** como proveniente de **outras categorias** e **ausente por parte dos próprios ACSs**.

“[...] às vezes da mesma categoria tem algumas diferenças entre as pessoas, às vezes não querem colaborar”.(ACS15-M)

Com relação às dificuldades de relacionamento entre os ACSs, foi referida a falta de socialização entre os pares. Esses momentos de socialização entre os ACSs possibilitam vocalizar e externalizar sensações e sentimentos acerca da vida e do trabalho, o que poderia auxiliar os ACSs no enfrentamento de situações cotidianas tidas por eles como de difícil solução individual (Cheavegatti, 2008).

Os ACSs comentaram ainda sobre a **colaboração de profissionais de outras equipes**, porém os problemas de cada equipe sendo solucionados, principalmente, entre os integrantes de cada uma destas.

“[...] sempre que tem necessidade, não necessariamente com a minha equipe que vou tirar algumas dúvidas [...]” (ACS4-H)

“De fora da equipe com umas ou outras, não todas, apesar que essas coisas são resolvidas na equipe mesmo”. (ACS11-M)

“[...] quando a gente tem uma dúvida, os profissionais de outras equipes também estão sempre ali respondendo”. (ACS14-M)

“Tenho, se eu precisar, tenho”. (ACS15-M)

De acordo com Seabra (2006), os problemas de convívio podem dificultar a integração dos membros da equipe, causando conflitos que funcionam como fontes de estresse. Portanto, no ambiente de trabalho deve haver uma disposição voluntária de cooperar entre os colegas, para que o relacionamento facilite o alcance dos resultados esperados (Valentim e Kruehl, 2007) e para que seja evitado o sentimento de frustração que Freitas *et al.* (2007), assim como Oliveira *et al.* (2003) afirmam existir, quando da falta de trabalho em equipe e de apoio entre os profissionais.

Neste estudo observou-se que os ACSs mantêm um bom relacionamento com os demais profissionais da equipe, sendo que somente com referência à colaboração que as opiniões se dividem, havendo quem referisse presença de apoio dos integrantes da mesma e quem referisse que essa colaboração não ocorre.

4.3.2 Relacionamento com a população

Devido à diferença das suas atividades em comparação com as dos demais profissionais da equipe e que, muitas vezes, vão além de suas atribuições, o ACS torna-se um facilitador de vínculo com a comunidade, na tentativa de dar resposta à demanda desta, construindo uma relação afetiva e gerando uma relação de confiança que contribui para o “empoderamento” da população e que possibilita novas perspectivas na tomada de decisões por parte desta, priorizando o agir comunitário (Bedin, 2006; Jorge *et al.*, 2007).

É necessário que os usuários confiem na equipe, uma vez que são o pilar de sustentação da Estratégia Saúde da Família, abrindo as portas para que a unidade de saúde entre em suas casas e possa realizar seu trabalho (Valentim e Kruel, 2007). Quando o ACS confia na equipe, os usuários terão maior propensão em confiar, nesse sentido o ACS tem importância significativa em virtude do seu papel de mediador, pois é ele quem facilita a construção dessa confiança que por sua vez garante a aliança e a boa relação com a população, o que é primordial para a realização de um trabalho com qualidade e a efetivação daquela estratégia (Freitas *et al.*, 2007; Nunes *et al.*, 2002; Valentim e Kruel, 2007).

O vínculo é entendido pela comunidade como uma mudança de postura por parte dos profissionais de saúde, em especial dos médicos, que são vistos como “distantes” da população (Bedin, 2006). No estudo de Levy *et al.* (2004), os reflexos da efetivação do vínculo de relação se expressaram pela mudança de comportamento dos usuários quanto à busca de atendimento.

Com base em estudo realizado por Fortes e Spinetti (2004), os ACSs demonstram incorporar a necessidade de garantir a privacidade das informações dos usuários. Essa postura ética apresentada pelos profissionais parece contribuir para uma relação de confiança entre usuários e o ACS.

Duarte *et al.* (2007), assim como Pedrosa e Teles (2001), afirmam que os ACSs acreditam que o vínculo de confiança e amizade estabelecido com as famílias cria um constrangimento na abordagem de certos assuntos, como é o caso da higiene.

No que concerne ao relacionamento com a população, os relatos foram de **boa aceitação do “profissional”** por parte dos usuários do serviço de saúde, e que o “trabalho” proporcionou maior vínculo com a população.

“Eu fui bem aceita.[...] minha relação eu diria que é ótima”.(ACS1-M)

“Ótima, até mesmo porque antes de ser agente comunitário, eu sou da comunidade, nascida e criada no bairro, então muitas das vezes eles me atendem excelentemente bem, por me conhecer desde pequena”.(ACS2-M)

“Ah, pra mim acho que é boa, é esmagadora a porcentagem de gente que eu tenho uma relação boa”.(ACS3-H)

“Minha relação com a população, desde o começo, eu tento manter como a de amizade [...] desde o começo eu conversei com eles a questão de que a gente vai ser um livro aberto”.(ACS4-H)

“[...] criou realmente um certo vínculo, hoje eu digo que é de amizade, embora a população esteja um pouco chateada, não com o agente comunitário [nome], mas com a unidade que está sem médico”.(ACS5-H)

“A maioria [...] a convivência muito boa, já me tornei amiga deles né, de tanto tempo, oito anos de serviço, já me tornei amiga, mais que agente de saúde”.(ACS6-M)

“Minha relação é boa demais, na minha opinião. Eu me identifico com a população e tento ajudar o máximo”.(ACS7-M)

“É legal também, até agora não tive problema”.(ACS8-M)

“É boa. Pelo fato de eu morar há muito tempo no bairro onde eu moro, fui criada lá, então você conhece todo mundo. É claro que tem pessoa mais difícil de lidar, mas eu estou tendo uma boa aceitação, estou conseguindo aceitar as pessoas também”.(ACS9-M)

“É boa. Eles são um pouco resistentes, mas quando sentem mais confiança, você tem um bom resultado”.(ACS10-M)

“É tranquila. Na maioria das famílias é tranquila, eles aderem muito bem ao programa, mas tem sempre aqueles que reclamam muito, mas eu acho normal”.(ACS11-M)

“É boa, principalmente da minha área que além de ser carente, eles têm vontade mesmo. Quando eu chego, eles recebem muito bem pela carência. Não sei bem se é porque eles precisam ou pelo pouco de atenção da própria UBS. Aí você chega e eles descarregam tudo em você aquela coisa, mas não tenho dificuldade com a população não”.(ACS12-M)

“É gostosa, a gente criou um vínculo de amizade muito grande. Acho que toda minha população é muito educada, muito bonzinhos e correspondem, são legais”.(ACS13-M)

“Eu acredito que é bem aceitável. Tem boa adesão da população”.(ACS14-M)

“Até hoje foi boa, porque por mais que eu chegue na casa de uma pessoa, ela não está bem e me trate mal, eu não devolvo na mesma moeda. Se só quer falar, eu escuto. Não sou de discutir. Acho que teve boa aceitação por parte da população”.(ACS15-M)

A boa relação com as famílias cadastradas também é apontada por Levy *et al.* (2004), com as mesmas sentindo-se satisfeitas com o trabalho dos agentes comunitários.

Foi relatada também a **necessidade de impor limite à população** para **evitar restrição da liberdade** pessoal do **ACS**.

“[...] tem um limite, eu procuro dar o limite”.(ACS1-M)

“[...] eu sei separar muito bem o serviço da minha casa. Eu não levo nada para casa, após as 17:00 horas eu não sou mais ACS, não atendo ninguém e ninguém me incomoda”.(ACS11-M)

Observou-se com esta pesquisa um bom relacionamento dos ACSs com a população atendida, tendo sido possível conquistar a confiança dos usuários com vínculo estabelecido, sendo considerado, por esses agentes, como o de amizade, porém com alguma dificuldade de impor limites à população no que se refere à privacidade dos trabalhadores.

4.3.3 Relacionamento com a família

Neste estudo, no aspecto relacionado à relação com a família, os ACSs referiram **bom relacionamento familiar**, comentando que houve uma reação de **preocupação inicial** por parte dos familiares com relação à sua **segurança**, uma vez que os “profissionais” teriam que entrar na casa de todas as pessoas de sua área de abrangência e também que **houve incentivo** para **ingressarem** na “profissão”.

“Quando eu fui fazer a inscrição, todo mundo deu (apoio), mas depois que viu como é (profissão), veio a preocupação”.(ACS1-M)

“Ah, minha mãe, coitada, pra ela tudo está bom.. Ficou feliz. Pensou da mesma forma que eu, que seria um passo, uma partida para alguma coisa melhor”.(ACS3-H)

“Eles gostaram muito, meu pai e minha mãe falaram que esse era um ponto de partida pra mim crescer profissionalmente, que isso é bom que dá pra mim adquirir um pouco de responsabilidade [...]”.(ACS4-H)

“A minha mãe ficou receosa por mim, até porque ela sabia que eu ia ter que visitar certas pessoas, que ela já conhecia e ela ficou temerosa por mim”.(ACS5-H)

“Minha mãe ficou contente, porque é assim, a única que trabalha na área da saúde sou eu, então para eles é um privilégio. A minha mãe me ajudava bastante, dava a maior força, então teve esse estímulo que também é muito importante”.(ACS6-M)

“ Todo mundo gostou. O único que não gostou foi o meu filho, porque estava acostumado com a mãe dentro de casa”.(ACS7-M)

“Ah, quando eu falei que fiz a prova e passei, todo mundo ficou contente”.(ACS8-M)

“Minha mãe sempre falava assim: nossa muito legal esse serviço que a agente comunitária faz. Foi até ela que falou vai lá fazer a prova”.(ACS9-M)

“Eles achavam que com muita gente eu ia ter um pouco de dificuldade no começo, mas que eu ia me dar bem porque eu já tinha trabalhado com o público”.(ACS10-M)

“É um pouco complicado pela falta de privacidade. A população confunde horário de trabalho com horário de folga, então a família acaba sofrendo um pouco com isso. Mas eles encaram bem, não tem tanta reclamação, porque eles tentam entender”.(ACS12-M)

“Eles apóiam, mas não levo coisas de serviço para casa”.(ACS13-M)

“ Na verdade minha família gostou [...]”.(ACS14-M)

“A reação foi boa. Na minha casa foi boa [...]”.(ACS15-M)

Surgiu, também, a fala de que os **familiares** se mostraram **indiferentes** quanto ao **ingresso do ACS** na “**profissão**”.

“Na verdade eles não se intrometem, é indiferente”.(ACS11-M)

Os ACSs afirmaram **ter apoio e colaboração da família**, inclusive nas atividades domésticas.

“Dá (apoio). Meu filho, meu marido [...], apoio assim, da família, sim tenho. Ainda bem porque se não tivesse[...]”.(ACS1-M)

“[...] me dá muito apoio psicológico, assim, força de mãe [...]”.(ACS3-H)

“(na casa)[...] é um trabalho de equipe mesmo”.(ACS4-H)

“[...] minha mãe sempre se preocupa com isso de deixar uma roupinha sempre lavada, de na hora do almoço chegar e estar sempre pronto [...], às vezes você chega chateado com alguma coisa e quer desabafar, sempre tem alguém ou minha mãe, principalmente ou meu irmão, que é sempre um ouvinte atento dos problemas”.(ACS5-H)

”[...] minha irmã que me ajuda né, quando eu preciso ela vai buscar meu filho na escola, vai nas reuniões, quando eu não posso ir é ela que vai nas reuniões pra mim. Então, minha mãe também me ajuda muito, fica com meu filho quando eu preciso, né. Às vezes não tem aula na escolinha, então eu tenho que deixar ele (filho) com alguém, e é minha mãe que fica com ele, tenho um apoio da família também que me ajuda bastante”.(ACS6-M)

“ Tenho. Dos filhos e do marido. Sempre me ajudam em alguma coisa. Não vou dizer que ajuda tanto porque eles também tem as coisas deles, mas aí tem o fim de semana e cada um ajuda um pouco”.(ACS7-M)

“ Tenho do meu esposo. Ele fica durante a tarde com meu filho, quando minha mãe está em casa ela dá uma ajuda na casa, para arrumar”.(ACS8-M)

“Ela (mãe) me ajudou bastante. Minha mãe e minha família também. Minhas irmãs me ajudam bastante”.(ACS9-M)

“Com certeza eu tenho”.(ACS10-M)

“Se precisar, ajudam sim”.(ACS11-M)

“Eles me ajudam, tenho apoio total da minha família”.(ACS12-M)

“Eles me ajudam, ajudam fazer almoço para quando chegar não correr tanto”.(ACS13-M)

“Ah! Tenho sim, sempre que eu preciso, eu tenho sim, ajuda diretamente da minha família”.(ACS14-M)

“Tenho, de todo mundo da minha família”.(ACS15-M)

As relações familiares se expressam por meio de sentimentos e apoios diversos ao longo da vida familiar, de acordo com as necessidades de seus

membros (Araújo e Scalon, 2005; Peixoto, 2005). Segundo Peixoto (2005), várias trocas de funções ocorrem entre os membros da família para cumprimento das tarefas diárias, sendo as mulheres que geralmente mais se organizam em redes de ajuda.

Foi relatada também a **falta de apoio familiar**.

“Não tenho apoio da família, eles falam que eu deveria mudar de profissão”.(ACS2-M)

Assim como constatado neste estudo, Wai (2007) também afirma que alguns familiares não aceitam compartilhar os problemas de trabalho com os ACSs, e acrescenta que os agentes sofrem cobrança por parte dos familiares ao verem sua privacidade sendo prejudicada, devido aos usuários procurarem os ACSs em seus lares. Esse excesso de atenção exigida, que os familiares reclamam que os agentes dispensam aos usuários, também foi citado em estudo de Cheavegatti (2008), o que para Wai (2007) é uma causa de sobrecarga para esses profissionais.

Embora os ACSs sofressem cobrança por parte dos familiares por verem sua privacidade sendo afetada, no geral, os agentes recebiam apoio da família para o desenvolvimento suas atividades com uma preocupação natural pelo envolvimento com as famílias.

4.4 Ser homem e ser ACS: considerações acerca do gênero masculino

Procura-se aqui abordar como se dá a atuação dos ACSs do gênero masculino, na atividade predominantemente feminina.

Com relação às questões de **gênero**, os “profissionais” do sexo masculino referiram não sofrer constrangimento pelo fato de se tratar de uma “profissão” predominantemente feminina, e que, ao contrário, os homens **são mais respeitados e têm mais autoridade** em comparação com as “profissionais” do sexo feminino, embora eles estejam **mais expostos a “cantadas”** por parte das usuárias e que **há um constrangimento por parte de algumas usuárias ao serem abordados problemas ginecológicos**.

“[...] nunca sofri discriminação pelo fato de eu ser homem. Algumas mulheres vêm até ‘cantando’, acha bom que seja homem”.(ACS3-H)

“[...] mas o homem muitas vezes quando ele entra numa casa como um profissional da saúde ou qualquer outro tipo de função, ele acaba adquirindo a questão do respeito”.(ACS4-H)

“[...] quando você vai orientar uma mulher que tem algum problema ginecológico, há um certo receio de ela estar se abrindo pra você por você ser homem, não é um preconceito explícito, mas não deixa de ser [...], as mulheres não ficam tão à vontade pra discutir certos assuntos, então a gente tem que ter

cuidado no tocar nesses assuntos para não ferir a integridade da mulher”.(ACS5-H)

Com a mudança de valores para uma perspectiva mais igualitária entre homens e mulheres, própria das sociedades contemporâneas, tornou-se possível a incorporação de agentes comunitários de saúde do sexo masculino na ESF, colocando-se na condição de “cuidadores” e associando-se a um grupo de colegas do gênero feminino que representava quase 90% desses profissionais sem que estes, enquanto homens, sofressem qualquer tipo de constrangimento com a atividade realizada (Santos RLA, 2005). Segundo Santos RLA (2005), esses homens referem que, embora sejam capacitados e treinados para o cuidado, criticam o PSF devido à falta de capacitação dos agentes comunitários com relação a problemas de saúde dos homens.

Os ACSs do sexo masculino do estudo de Santos RLA (2005) expressam um sentimento de valorização profissional devido a seu reconhecimento pela comunidade, sentindo-se realizados como “cuidadores”, o que lhes permite poder ajudá-la, melhorando sua participação inclusive na própria vida familiar. Esses profissionais sentem orgulho por ter adquirido a confiança de homens e mulheres da comunidade, não sofrendo qualquer tipo de constrangimento no desempenho de sua função (Santos RLA, 2005).

Estudos realizados por Bezerra *et al.* (2005) e Santos RLA (2005) vão ao encontro dos achados desta pesquisa, de que uma dificuldade encontrada

pelos ACSs do sexo masculino é em relação às particularidades do universo feminino, ou seja, quando o que está em jogo são assuntos ginecológicos, quando algumas das usuárias sentem-se constrangidas em relatar situações de sua esfera íntima. Bezerra *et al.* (2005) e Wai (2007) afirmam que alguns ACSs homens têm dificuldade em entrar nos domicílios, quando nestes só se encontra a dona da casa, o que contrasta com a presente pesquisa.

Araújo e Scalon (2005) e Santos RLA (2005) apontam, com base em suas pesquisas, que o exercício da função levou os ACSs do sexo masculino a reverem seus valores quanto às relações de gênero, com enfraquecimento da hierarquia e aceitação de igualdade entre homens e mulheres, particularmente em relação ao trabalho. Santos RLA (2005) ressalta que, para os homens agentes comunitários, a competência é o fator mais importante, esta podendo ser encontrada de forma igualitária em ambos os sexos.

Os ACSs entrevistados nesta pesquisa referiram não apresentar qualquer tipo de dificuldade com o desempenho da função, sentindo-se respeitados e reconhecidos pelo “trabalho” executado.

4.5 Perspectivas para o futuro

Os achados desta pesquisa revelaram que os ACSs entrevistados têm interesse em **continuar os estudos na área da saúde para ascensão profissional**, bem como **continuar os estudos fora da área da saúde**, na busca por **outras oportunidades de trabalho fora** dessa área, mas ao mesmo tempo **continuar como ACS**, ao menos por enquanto. Alguns desses agentes já se encontram freqüentando curso superior.

No universo desta pesquisa, observou-se o interesse por parte dos “profissionais” envolvidos a aspirarem por **ascensão profissional** dentro da área da **saúde**, tanto em nível **técnico** como no **nível superior** visando a novas oportunidades de trabalho, não especificamente no PSF:

“O meu objetivo foi sempre a enfermagem, a profissão de agente comunitário me despertou para trabalhar um pouco com saúde pública, mas eu ainda penso em trabalhar com enfermagem. Quando eu comecei fazer o técnico a minha pretensão era fazer a faculdade. Futuramente pretendo ingressar em uma faculdade de enfermagem”.(ACS5-H)

“Trabalhar diretamente com a população, fiz o curso de auxiliar de enfermagem, pretendo dar início no técnico de enfermagem e terminar o curso”.(ACS6-M)

“Não quero continuar sendo por muito tempo não, [...] sempre tive vontade de trabalhar em farmácia, de estudar farmácia. Uma coisa que me chama muita atenção é farmácia”.(ACS9-M)

“Tentei entrar na faculdade, mas não consegui. Estava tentando enfermagem, ficar na área da saúde mesmo. Eu pretendo agora fazer um curso de tecnólogo do trabalho”.(ACS11-M)

“Me despertou alguns propósitos para o futuro. Eu tenho o curso de Auxiliar de Consultório Dentário (ACD) e espero que em qualquer momento que tenha uma seleção eu faça a prova para entrar”.(ACS14-M)

A pesquisa de Bachilli *et al.* (2008), Freitas *et al.* (2007) e Silva (2001) concorda que os ACSs têm projetos de prosseguir os estudos para ascensão profissional, sendo que, para Lunardelo (2004) e Silva (2001), na continuidade dos estudos o curso que ganha destaque é o de auxiliar de enfermagem. Freitas *et al.* (2007) ainda acrescentam que a profissão de ACS além de tudo também é um importante diferencial que possibilita *status* socioprofissional perante a comunidade.

Foi relatado como **objetivo** para o **futuro** a **continuidade dos estudos fora** da área da **saúde**, sendo citadas: Assistência Social, Magistério e Psicologia.

“A profissão ACS me despertou uma inspiração maior de eu procurar um rumo na minha vida em que eu possa ajudar minha população [...] não quero ser sempre agente comunitário. Quando eu fiz minha inscrição, eu já sabia qual o trabalho do agente comunitário [...] vou fazer uma faculdade de assistência social, porque eu sei que eu vou poder ajudar minha população”.(ACS1-M)

“Não pretendo continuar ser ACS, tenho outras perspectivas, mas não na área da saúde, eu estava pensando em fazer magistério, depois quem sabe uma faculdade, mas de momento, magistério”.(ACS2-M)

“[...] eu já tinha uma vontade, me despertou mais ainda a vontade de fazer faculdade de psicologia. No ano passado eu já fiz o ENEM, faltou um ponto, esse ano vou fazer de novo”.(ACS10-M)

“Eu sempre tive vontade de fazer psicologia, mas aumentou com o fato de eu ser ACS”.(ACS15-M)

Constatou-se, ainda, a **presença** de “**profissional**” com **curso superior em andamento**.

“[...] como eu sou formado técnico em enfermagem, quero arrumar um emprego na área e continuar estudando na faculdade, [...] eu faço faculdade de enfermagem e quero levar até o fim para depois fazer uma especialização”.(ACS3-H)

“Faço faculdade de Educação Física. Logo que eu entrei aqui eu imaginava seguir a carreira mesmo, sempre imaginei ser educadora física. Eu não vou continuar trabalhar (ACS), porque eu preciso fazer estágio [...]”.(ACS12-M)

Foi relatada, também, como perspectiva futura a **busca por outras oportunidades de trabalho, fora** da área da **saúde**, bem como a **pretensão de continuar como ACS**, ao menos por enquanto.

“ [...] que não envolva em si a saúde, mas envolva a questão de trabalhar com pessoas de diversas faixas etárias [...]. Ser ACS é uma profissão muito legal, que eu tô gostando, mas se pelo caminho acontecer de eu conseguir ter possibilidades, um outro tipo de função que seja totalmente diferente da área da saúde. [...]sou aberto pra todas opções mesmo, não precisa ser exatamente na área de saúde [...]”.(ACS4-H)

“Eu pretendo ainda mudar de profissão, como administrativo, já até mandei currículo, tenho vontade de estudar, quem sabe ser como você, uma fisioterapeuta, mas o ganho da gente não dá.

Já pensei em ser auxiliar de enfermagem. Essa vontade surgiu depois de ser ACS, quando comecei a mexer mais com a população”.(ACS7-M)

“[...] por enquanto penso em continuar, mas vou começar a fazer outros cursos. Primeiro, computação, depois...”.(ACS8-M)

“Não agüento mais ser ACS, estou cansada mentalmente. Pretendo sair e encontrar um outro ramo bem diferente de saúde. Saúde não é meu forte, não gostei. Quero fugir dela”.(ACS13-M)

Observou-se com isso que **mesmo os “profissionais” que ingressaram na “profissão” recentemente não pretendem continuar na função por muito tempo**, tendo seu olhar voltado para outros objetivos, inclusive a continuidade dos estudos, tanto para seguir na área da saúde como fora dela.

4.6 Considerações dos ACSs quanto à sua “profissão”

Observou-se que apareceram algumas questões relativas à função do “profissional”, assim como alguns **conceitos** que demonstram terem sido adquiridos no curso de **capacitação** e que estão sendo **reproduzidos** pelos ACSs.

“Eu creio que as pessoas se comprometeram a ser agente comunitário para ajudar a comunidade, não foi só pra ganhar dinheiro não, eu não acredito, assim você vai trabalhar em outro lugar”.(ACS1-M)

“É como se a gente fosse a ponte entre a pessoa e o posto e essa questão de se tornar a ponte para a pessoa, o fato da comunicação é que é a parte legal também do trabalho”.(ACS4-H)

“[...] o mais gostoso também é que a gente trabalha em equipe, conta muito, porque assim, um membro da equipe que não ajuda, acaba com a equipe [...]”.(ACS6-M)

“O nosso sistema é muito bom, é ótimo. Se nele todas as partes andassem por igual. O sistema é muito bom, mas demora para conseguir o recurso (uma especialidade, exame), a espera é muito longa e às vezes a pessoa nem precisa mais porque já morreu ou já está doente ou já melhorou ou não tem mais como ajudar. Então o que eu acho ruim é essa parte, do mais é muito bom. O nosso sistema também é muito bom, só que teria que andar lado a lado com outros setores”.(ACS7-M)

“Tem a colaboração da equipe que é muito importante, porque no PSF não tem como fazer o trabalho sozinho. Tem que ter colaboração, senão fica difícil”.(ACS14-M)

Outro ponto observado foi relativo ao acesso à saúde, onde surgiu a relação da **saúde para rico versus a saúde para pobres**.

“O que me chateia é a falta de assistência médica, porque assim, a gente cuida da saúde da população, mas a gente não tem um respaldo da nossa saúde”.(ACS6-M)

No estudo de Cheavegatti (2008), assim como observado na fala acima, os ACSs atribuem o acesso ao convênio médico como um fator de segurança em caso de necessidade de atendimento, pois vêem neste uma possibilidade mais imediata de atendimento e também pelo desprestígio do serviço público.

Tornou-se visível, ainda, a **aspiração por status social**.

“A minha mãe ficou contente, porque assim, a única que trabalha na área da saúde sou eu, então pra eles é um privilégio. Eu vou fazer visita e é até engraçado, as crianças falam: “mãe, olha a mulher do médico”(risos), quem dera (risos)”.(ACS6-M)

“É um emprego que eu recomendo, assim, para quem está querendo começar, é um ponto de partida bom, mas que eu não recomendo a vida toda nisso, sempre buscar algo de melhor para si, é o que eu estou buscando”.(ACS3-H)

“Na minha casa falaram que era um ponto de partida para eu crescer profissionalmente”.(ACS4-H)

O **status social** pode ser conquistado com a prática “profissional”, uma vez que por estarem inseridos na área da saúde e, principalmente, pelo contato direto com o médico, estes “profissionais” são vistos pela comunidade como tendo uma valorização diferenciada e também como sendo o **ponto de partida**

para algo melhor. Tais achados corroboram as afirmações de Jorge *et al.* (2007) e Nunes *et al.* (2002), segundo as quais os ACSs, ao incorporarem certos conteúdos e práticas da biomedicina, adquirem prestígio social, uma vez que tais saberes encontram-se em uma escala superior do saber da sociedade.

O presente capítulo abordou o “trabalho” do ACS, onde foi possível observar que são vários os fatores citados como causadores de insatisfação no desempenho da função, sobressaindo a falta de privacidade e a dificuldade para solucionar problemas que escapam de suas competências. Já o enriquecimento do conhecimento e a capacidade de solucionar os problemas de saúde da população permitem o seu reconhecimento por parte da comunidade, garantindo maior confiança nesses “profissionais”, o que gera satisfação com a realização da atividade.

Com relação ao relacionamento com a ESF, as opiniões se dividiram, sendo citadas presença e ausência de apoio por parte dos membros da equipe. A relação com a população é satisfatória, com a existência de vínculo de amizade que muitas vezes dificulta a imposição de limites à mesma. Há colaboração por parte dos familiares dos ACSs que os apóiam na sua opção “profissional”.

Os achados desta pesquisa mostraram que os ACSs do sexo masculino não encontram dificuldades para desenvolver essa atividade, tipicamente feminina e que visa ao cuidado, referindo serem bem aceitos pela população.

Os “profissionais” demonstraram apresentar perspectivas futuras com relação à vida “profissional”, tanto na área da saúde como fora desta, com continuidade dos estudos, objetivando ascensão “profissional”.

5. CONCLUSÕES

No decorrer desta pesquisa, concluiu-se que se trata de um grupo de maioria feminina com adultos jovens, provenientes de vários Estados, principalmente São Paulo, capital, com a maioria morando em casa própria, com a presença de duas a cinco pessoas numa mesma residência.

Os ACSs tomaram conhecimento da “profissão” pelo contato prévio com esse trabalhador, sendo que souberam da inscrição tanto por terceiros como por cartazes de divulgação colocados no bairro.

Os ACSs possuem um grau de escolaridade acima do exigido pelo MS, todos passaram por processo seletivo para ingressarem no serviço e foram submetidos à capacitação.

A busca pela “profissão” esteve pautada pela necessidade de emprego, ainda que houvesse outras motivações que os levassem a buscar a atividade.

Os ACSs referiram acerca de suas vidas antes de se tornarem agentes comunitários que viviam no anonimato; desconheciam o real papel do ACS, apesar de já terem algum conhecimento prévio da função; estavam em

dificuldades financeiras em função do desemprego e sentiam necessidade de estabilidade profissional.

Dentre os motivos que levaram os ACSs a optarem pela “profissão” destacam-se a fonte de subsistência e a necessidade de desenvolver uma atividade de caráter altruísta/social, as quais coexistem em vários dos relatos. No primeiro aspecto encontram-se a necessidade de emprego e a garantia de rendimento com estabilidade profissional. Já no segundo, situaram-se a atividade que possibilita ajudar o outro, para se tornar visível na comunidade e por trabalhar com público.

Após assunção da função de ACS, houve uma mudança significativa em suas vidas, que passou a ser marcada por condições que se contrapõem: a perda da privacidade com a aquisição de popularidade e o ganho de identidade profissional em detrimento da identidade pessoal.

O desempenho dessa função e a proximidade com as famílias atendidas fizeram com que os “profissionais” passassem por um crescimento pessoal, ampliando seus valores com referência a si e aos outros. As principais fontes de insatisfação no “trabalho” foram: a falta de privacidade, a falta de autonomia para solucionar problemas que se encontram fora do alcance do “profissional”, a falta de reconhecimento profissional, o desgaste emocional e físico, a falta de retorno financeiro, a falta de condições de trabalho e a cobrança no “trabalho”.

Já os fatores que levam à satisfação no “trabalho” foram: o enriquecimento do conhecimento, a socialização, a resolução dos problemas e o reconhecimento da comunidade. A ampliação do conhecimento permitiu um melhor desenvolvimento de suas atividades, o que facilita a resolução dos problemas da comunidade com seu desempenho reconhecido. A possibilidade de vínculo de amizade com a população quando esta os vê não somente como “profissional”, mas como membro da comunidade, gera satisfação nos ACSs, tornando-os motivados a realizar seu “trabalho”.

Os ACSs mantêm um bom relacionamento com os demais profissionais da equipe, sendo que somente com referência à colaboração que as opiniões se dividiram, havendo quem referisse presença de apoio dos integrantes da mesma e quem referisse que essa colaboração não ocorre.

Os achados desta pesquisa revelaram que os ACSs têm interesse em continuar os estudos, tanto na área da saúde como em outra área social, em busca de ascensão profissional, e procuram por outras oportunidades de trabalho. Mesmo os “profissionais” que ingressaram na “profissão”, recentemente, não pretendem continuar na função por muito tempo, tendo seu olhar voltado para outros objetivos, sendo que alguns deles já se encontram freqüentando curso superior. Destaca-se que pouco mais de seis meses após o término da coleta de dados (realizada de julho de 2007 a março de 2008), dos 15 ACSs entrevistados, nove permanecem na função sendo que, destes, uma encontra-se deslocada da função e outra de licença, ambas por problemas de

saúde. Dos seis entrevistados que não permanecem na função três deles ascenderam profissionalmente (entre eles dois dos três homens entrevistados), continuando na área da saúde, e duas foram desligadas do serviço em virtude de mudança de residência.

Cabe ressaltar, ainda, a dificuldade de qualificar se ACS é profissão, trabalho ou ocupação, pois ele “trabalha” no serviço de saúde, mas não tem formação em saúde, seus conhecimentos são adquiridos em cursos pontuais de capacitação e com a troca de saberes com outros profissionais. No entanto trata-se de uma profissão reconhecida e regulamentada por lei. Essa mesma lei define suas atribuições, mas na sua prática diária, suas funções não são bem delimitadas.

O “trabalho” de ACS é relevante para sua inserção no mercado de trabalho, para a sua auto-estima e como incentivo para uma ascensão profissional e social, mas não com um fim em si mesmo.

Concluiu-se com esta pesquisa que existem alguns desafios a serem superados, como a sua qualificação excessivamente técnica, faltando um suporte emocional e social para questões que vão além de sua atuação técnica como é o caso da falta de privacidade, assim como para questões organizacionais que dificultam sua atuação em função da não-delimitação de suas atribuições na prática, apesar de estarem regulamentadas em lei, ocasionando sobrecarga de trabalho, já que, além de responderem por suas

atribuições, executam atividades burocráticas como o atendimento na recepção, o que faz com que se sintam desvalorizados.

6. ANEXOS

Anexo A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo

Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação de Desenvolvimento de Programas de
Políticas de Saúde - CODEPPS
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

PROJETO 0008/07 - PARECER N° 0046/07

PARECER DO CEP: PROJETO APROVADO.

Como procedimento adotado por este Comitê de Ética em Pesquisa, solicitamos a inclusão, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do seguinte: qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos desta pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - Rua General Jardim, 36 - 2° andar - Telefone: 3218-4043 - email: smscep@prefeitura.sp.gov.br.

Lembramos que este parecer não basta para que seu estudo possa se realizar dentro da unidade, é necessária também a permissão administrativa da autoridade sanitária.

Salientamos os seguintes aspectos a serem considerados pelo pesquisador:

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 item IV.1±) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.2.d)
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Atenciosamente,

Dra. Iara Coelho Zito Guerreiro
Coordenadora do Comitê de Ética e Pesquisa da
Secretaria Municipal da Saúde - CEP/SMS
Ilustríssimo (a) Senhor (a) Doutor (a) MARISA CROCCIA
NESTA: Rua General Jardim, 36 - 2° andar - Vila Buarque - São Paulo, SP - CEP
01223-010 Telefone: (11) 3218-4043
e-mail: smscep@prefeitura.sp.gov.br homepage:
<http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/organizacao/cepsms>

Anexo B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título: A representação do “trabalho” na vida do Agente Comunitário de Saúde.

Você está convidado (a) a participar de uma pesquisa para conclusão do curso de Pós-Graduação - Mestrado em Saúde Coletiva, do setor Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).

A pesquisa tem como objetivo analisar o lugar e o significado da “profissão” ACS na vida desse “profissional” de saúde. A realização desta pesquisa se dará através de entrevista, a qual deverá ser gravada e transcrita para posterior análise de seu conteúdo.

A pesquisadora compromete-se a utilizar as informações somente para fins deste estudo, garantindo o sigilo de suas informações, assim como seu anonimato e privacidade.

A participação neste trabalho não oferece qualquer risco nem gasto para o entrevistado, podendo este desistir de sua participação a qualquer momento, se assim o desejar, sem qualquer problema, bem como ter acesso ao material coletado/ produzido.

Caso você tenha alguma dúvida ou necessite informação, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, Marisa Croccia, RG:13.308.210-6, fisioterapeuta (Crefito 3/16767F), aluna do curso de Pós-graduação do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina/USP, na Rua Crescente nº 97 e/ou pelos telefones 6135-4922/6135-4034 no período da manhã, ou com a orientadora da pesquisa, Professora Doutora Amélia Cohn, RG: 3052439, na Av. Dr. Arnaldo nº 455, 2º. Andar, ou ainda com o Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - Rua General Jardim, 36 - 2º andar - Telefone: 3218-4043 - email: smscep@prefeitura.sp.gov.br.

Acredito ter sido suficientemente informado (a) sobre os objetivos e procedimentos desta pesquisa e concordo em participar da mesma voluntariamente.

Assinatura do entrevistado

Nome

RG

Pesquisadora responsável

Marisa Croccia

RG: 13.308.210-6

São Paulo, _____ de 2007.

- Este estudo atende às diretrizes e normas da Resolução 196/96 do CNS/MS.

Anexo C – Folha de Rosto**Dados sócio-demográficos**

Nome:

Data Nascimento:

Idade:

Sexo:

Documento de Identidade N°:

Naturalidade:

Estado Civil:

Número de Filhos:

Grau de instrução:

Endereço:

CEP:

Telefone:

Tempo moradia no bairro:

Número de pessoas na residência:

Atividade profissional prévia:

Tempo de permanência na “profissão”:

Anexo D - Roteiro da Entrevista

- 1- Descreva sua trajetória familiar antes de optar pela “profissão” ACS;
- 2- Descreva sua trajetória profissional antes de optar pela “profissão” ACS;
- 3- Como ficou sabendo dessa “profissão”?
- 4- Como ficou sabendo das inscrições para se candidatar a um lugar?
- 5- O que achou do treinamento (capacitação) recebido? Foi suficiente, sentiu-se seguro(a), ou precisou de um tempo de experiência, etc.
- 6- Sua família aceitou ou apresentou resistência para você se tornar um(a) ACS?
- 7- Explique com a maior riqueza de detalhes possível, sua atividade “profissional”;
- 8- Conte sobre sua rotina de trabalho;
- 9- Descreva a percepção que tem de seu “trabalho” frente às dificuldades e facilidades encontradas;
- 10- Esclareça sua relação com essa atividade predominantemente feminina (caso se trate de um trabalhador do sexo masculino);
- 11- Gostaria que contasse sobre a sua relação com os outros profissionais da unidade e também com os outros ACSs;
- 12- Relate suas atividades diárias fora do “trabalho”;
- 13- Informe detalhadamente suas perspectivas profissionais com relação ao futuro.

7. REFERÊNCIAS

Alberti V. História dentro da história. In: Pinsky C. *Fontes históricas*. São Paulo: Ed. Contexto; 2005. p. 155-202.

Araújo C, Scalón C. Percepção e atitudes de mulheres e homens sobre a conciliação entre família e trabalho pago no Brasil. In: Araújo C, Scalón C. *Gênero, família e trabalho no Brasil*. 1.ed. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2005. p15-77.

Bachilli RG, Scavassa AJ, Spiri WC. A identidade do agente comunitário de saúde: uma abordagem fenomenológica. *Cien Saude Colet*. 2008;13(1):51-60.

Bardin. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1992.

Bedin N. *Agente comunitário de saúde e empoderamento: o caso da Coordenadoria de Saúde da Lapa* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2006.

Bezerra AFB, Santo ACGE, Batista Filho M. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. *Rev Saude Publica*. 2005;39(5):809-15.

Bourget. MMM. *Programa de saúde da família: saúde bucal*. São Paulo: Martinari; 2006. p.19-40.

Bourget. MMM. *Programa de saúde da família: guia para o planejamento local*. São Paulo: Martinari; 2005. 102 p.

Bousquat A, Cohn A, Elias PE. Implantação do Programa Saúde da Família e exclusão sócio-espacial no município de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2006;22(9):1935-43.

Brasil. Ministério da Saúde. *Agentes comunitários de saúde*. In: Portal saúde [texto na internet]. 2006a [acesso em 07 ago 2006]. Disponível em: http://www.portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=15990

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção básica e saúde da família*. 2004 [texto na internet]. [acesso em 08 ago 2006]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php>

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Histórico de cobertura de saúde da família*. [dados na Internet]. 2008 [acesso em 16 abr 2008]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza_cadastro.php

Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS – Departamento de Informática do SUS. *Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB*. Março 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Lei Federal nº 10.507, de 10 de julho de 2002. *Cria a Profissão de Agente Comunitário da Saúde e dá outras providências* [lei na internet]. 2002 [acesso em 08 ago 2006]. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=235057>

Brasil. Ministério da Saúde. Lei Federal nº 11.350, de 05 de outubro de 2006 [lei na internet]. 2006b [acesso em 03 nov de 2008]. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/lei11350_05_10_06.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. *O que é PSF?* In: Portal da Saúde [texto na internet]. 2005 [acesso em 01 out 2005]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=15894

Brasil. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília, 1997.p:1-34.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *O trabalho do agente comunitário de saúde*. Brasília, DF; 2000.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. *Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*. Brasília, DF; 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). [dados na internet]. 2006c [acesso em 07 ago 2006]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=15990

Britten N. Qualitative research: qualitative interview in medical research. *Education and debate* [periódico na internet]. 1995 [acesso em 18 ago 2006];311:251-253. Disponível

em:http://www.bmj.bmjjournals.com/cgi/external_ref?access_num=7627048&link_type=MED_NBR5

Bursztyn I, Castro VCG, Cohen SC, Ribeiro ALV, Braga MLS, Rivera FJU. Programa de Saúde da Família: uma análise prospectiva. *Cad Saude Publica*. 2003;11(1):93-112

Cardoso, CL. Relações interpessoais na equipe do programa de saúde da família. *Revista APS*. 2004;7:47-50.

Cheavegatti D. *Trabalho e adoecimento na perspectiva de agentes comunitários de saúde da coordenadoria de saúde centro-oeste do município de São Paulo* [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2008.

Cohn A, Nakamura E, Cohn C. O programa de saúde da família entre o público e o privado. In: Viana ALA, Paulo EME, Ibañez N. *Proteção social: dilemas e desafios*. 1.ed. São Paulo: Hucitec; 2005. p. 168-185.

Cruz Neto O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: Minayo MCS (org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 21. ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2002. p. 51-66.

Duarte LR, Silva DSJR, Cardoso SH. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. *Interface – Comunic, Saude, Educ.* 2007;11(23):439-47.

Elias PE, Ferreira CW, Alves MCG, Cohn A, Kishima V, Escrivão Júnior A, et al. Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. *Cien Saude Colet.* 2006;11(3): 633-41.

Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Cien Saude Colet.* 2005;10(2):347-55.

Ferreira, ABH. *Minidicionário da língua portuguesa*: nova edição. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira S.A; 1993. 577p.

Fichino SN, Santos AF dos, Croccia M, Nardi, DV, Resende MWG. O programa saúde do deficiente – reabilitação. Casa de Saúde Santa Marcelina – Prefeitura do Município de São Paulo. In: Bourget. MMM. *Estratégia saúde da família: a experiência da equipe de reabilitação*. São Paulo: Martinari; 2008. p.31-41.

Fontana A, Frey JH. Interviewing: the art of science. In: Denzin NK, Lincoln YS. *Handbook of qualitative research*. London: SAGE Publications; 1994; p. 361-76.

Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saude Publica*. 2008;24(1):17-27.

Fontoura MD, Almeida AP, Marques CMS, Prado MM, Cordón J. Dilemas bioéticos no cotidiano do trabalho do agente comunitário de saúde. *Rev Saude do Distrito Federal*. 2004;15:67-77.

Fortes PAC, Zoboli ELCP. Os princípios do Sistema Único de Saúde — SUS potencializando a inclusão social na atenção saúde. *O Mundo da Saúde*. 2005;29(1):20-5

Fortes PAC, Spinetti SR. O agente comunitário de saúde e a privacidade da informação dos usuários. *Cad Saude Publica*. 2004;20(5):1328-33.

Freidson E. *Renascimento do profissionalismo*: teoria, profecia e política. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo – EUSP, 1998.

Freitas AC, Silva LCP, Jesus MB, Kumanaya MF, Silva GTR. Desvelando a vivência de uma equipe multiprofissional de residentes em Saúde da Família com o Agente Comunitário de Saúde. *Rev APS*. 2007;10(2):143-55.

Friedmann G, Naville P. *Tratado de sociologia do trabalho*. vol.1. São Paulo: Cultrix – Editora da Universidade de São Paulo, 1973.

Heimann LS, Mendonça MH. A trajetória da atenção básica em saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: Lima NT, Gerschaman S, Edler FC (org). *Saúde e Democracia*. 20. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

Goldbaum M, Gianini RJ, Novaes HMD, César CLG. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa de saúde da família (QUALIS) no Município de São Paulo. *Rev Saude Publica*. 2005;39(1):90-9.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Fundação SEADE. In: Portal prefeitura. *População por coordenadoria regional de Saúde* [dados na Internet]. 2008 [acesso em 07 abr 2008]. Disponível em: http://www2.prefeitura.sp.gov.br/csv/A075252189_19_70_92.CSV.

Jorge MSB, Albuquerque KM, Pequeno LL, Assis MMA, Guimarães JMX. Concepções dos agentes comunitários de saúde sobre sua prática no programa de saúde da família. *Rev APS*. 2007;10(2):128-36.

Kluthcovsky ACGC, Takayanagui AMM, Santos CB, Kluthcovsky FA. Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida. *Rev Psiquiatr*. 2007; 29(2):176-83.

Lefèvre F. *O discurso do sujeito coletivo*: um novo enfoque em pesquisa qualitativa; desdobramentos. Porto Alegre: EDUCS; 2003.

Levy FM, Matos PES, Tomita NE. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. *Cad Saude Publica*. 2004;20(1):197-203.

Lima JC, Moura MC. Trabalho atípico e capital social: os Agentes Comunitários de Saúde na Paraíba. *Soc. Estado*. 2005;20(1):103-33.

Lüdke M, André MEDA. Métodos de coleta de dados: observação, entrevista e análise documental. In: Lüdke M, André MEDA. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU; 1986. p. 25-44.

Lunardelo SR. *O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto – São Paulo* [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da USP; 2008.

Machado, MH. Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico. In: Machado, MH (org). *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1995. p. 13-33.

Martines WRV, Chaves EC. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família. *Rev Esc. Enferm USP*. 2007;41(3):426-33.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 9.ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2006.

Minayo MCS, D'Elia JC, Suitone E. *Programa de agentes de saúde do Ceará: estudo de caso*. Fortaleza: UNICEF, 1990.

Nogueira RP. O trabalho do agente comunitário de saúde: entre a dimensão técnica “universalista” e a dimensão social “comunitarista”. *Interface - Comunic, Saude, Educ*. 2002;6(10):75-94.

Nogueira RP, Silva FB da, Ramos ZVO. A vinculação institucional de um trabalhador *sui generis* – o agente comunitário de saúde. Rio de Janeiro: IPEA; 2000. p.33.

Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. *Cad Saude Publica*. 2002; 18(6):1639-46.

Oliveira RG, Nachif MCA, Matheus MLF. O trabalho do agente comunitário de saúde na percepção da comunidade de Anastácio, Estado do Mato Grosso do Sul. *Acta Scientiarum Health Sciences* (Maringá). 2003; 25(1): 95-101.

Pedrosa JIS, Teles JBM. Consensos e diferenças em equipes do Programa Saúde da Família. *Rev Saude Publica*. 2001; 35(3):303-11.

Peixoto CL. Solidariedade familiar intergeracional. In: Araújo C, Scalon C. *Gênero, família e trabalho no Brasil*. 1.ed. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2005. p.223-40.

Prefeitura Municipal de São Paulo, Casa da Saúde Santa Marcelina: Coordenadoria Regional de Saúde Leste II. *Relatório de seleção de Agentes Comunitários de Saúde*. São Paulo; s.d.

Prefeitura Municipal de São Paulo. *Coordenadoria de Epidemiologia e Informação* - CEInfo/Gisa. In: Portal prefeitura. Informações relativas aos responsáveis pelos domicílios. [dados na Internet]. maio 2007 [acesso em 07 abr 2008]. Disponível em: http://www.portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/inf_socioamb/0001

Prefeitura Municipal de São Paulo. Lei Municipal nº 13.611, de 26 de junho de 2003. *Dispõe sobre a implantação do programa de agentes comunitários de saúde no município de São Paulo*. In: Portal saúde [lei na Internet]. dez 2008 [acesso em 29 dez 2008]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/etsus_uni2.pdf

Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde - *Coordenadoria de Atenção Básica*. In: Portal Prefeitura [dados na Internet]. maio 2008 [acesso em 17 jul 2008]. Disponível em: www.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude

Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria municipal da saúde: atenção básica e PSF. *Documento norteador*: compromisso das unidades básicas de saúde com a população. Abril 2005, p. 1-43.

Queiroz MIP de. Relatos orais: do “indizível” ao “dizível”. *Cienc Cultura*. 1987; 39(3): 272-286.

Santana ML, Carmagnani MI. Programa Saúde da Família: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *Rev Saúde e Sociedade*. 2001; 10(1):33-53.

Santos LPGS. *A atuação do agente comunitário de saúde em São Bernardo do Campo: possibilidades e limites para a promoção de saúde* [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2005.

Santos RLA dos. *Homens como agentes comunitários de saúde: trabalhando cuidados e vivenciando gênero* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2005.

São Paulo. Secretaria Estadual da Saúde - *Coordenadoria de Saúde de São Paulo*. In: Portal do Governo [dados na Internet]. Out 2008 [acesso em 12 out 2008]. Disponível em:

http://portal.saude.sp.gov.br/content/cidadao_estrutura_coordenadorias_crs.mmp

Seabra DC. *O agente comunitário de saúde na visão da equipe multiprofissional* [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina da USP; 2006.

Silva JA. *O agente comunitário de saúde do projeto QUALIS: agente institucional ou agente de comunidade?* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade da USP; 2001.

Silva JA, Dalmaso ASW. *Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002a.

Silva JA, Dalmaso ASW. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. *Interface – Comunic, Saude, Educ*. 2002b;6(10):75-94.

Sorj B. Percepções sobre esferas separadas de gênero. In: Araújo C, Scalon C. *Gênero, família e trabalho no Brasil*. 1.ed. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2005. p.79-88.

Sousa GC. *O agente comunitário de saúde e a saúde mental: percepções e ações na atenção às pessoas em sofrimento mental* [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2007.

Sousa MF. *A coragem do PSF*. 2.ed. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 27-32/121.

Tomaz JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um "super-herói". *Interface- Comunic, Saude, Educ*. 2002; 6(10):75-94.

Trapé CA. *A prática educativa dos agentes comunitários do PSF à luz da categoria práxis* [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2005.

Triviños ANS. Pesquisa qualitativa: entrevista semi-estruturada como técnica de coleta de informações. In: Triviños ANS. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas; 1987. p. 145-152.

Unidade Básica de Saúde da Família Jardim Robrú II. São Paulo; 2000. *Relatório anual*.

Valentim IVL, Krueel AJ. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa de Saúde da Família. *Rev Cien e Saude Colet*. 2007; 12(3):777-88.

Viana AL, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. *PHYSIS: Rev Saude Colet*. 2005;15 (supl.):225-264.

Vieira CM, Cordeiro MP. Trabalho e subjetividade: intervenção psicossocial envolvendo uma equipe de profissionais do “Programa Saúde da Família”. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*. 2005;57(1):58-74

Wai MFP. *O trabalho do agente comunitário de saúde na estratégia saúde da família: fatores de sobrecarga e mecanismos de enfrentamento* [dissertação].
Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da USP; 2007.